

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

839

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eliane, Micheline MARTIN

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 7 Août 1934, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 1963

**Etude étiologique, clinique et pronostique
de la
mélancolie d'involution chez la femme**

•

*A propos d'une centaine de cas observés
à la Clinique des Maladies Mentales, entre 1952 et 1962*

Président : M. DELAY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eliane, Micheline MARTIN

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 7 Août 1934, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 1963

**Etude étiologique, clinique et pronostique
de la
mélancolie d'involution chez la femme**

•

*A propos d'une centaine de cas observés
à la Clinique des Maladies Mentales, entre 1952 et 1962*

Président : M. DELAY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ETAT)
PAR
MME MARTIN MICHELINE, ELIANE
NÉE LE 7 AOÛT 1934 À PARIS
INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"ETUDE ÉTIOLOGIQUE CLINIQUE ET PRONOSTIQUE DE
LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION CHEZ LA FEMME"
(A PROPOS D'UNE CENTAINE DE CAS OBSERVÉS À LA
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ENTRE 1952 ET 1962)

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSUEUR J. DELAY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY.

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

QUI NOUS A FAIT L'HONNEUR D'ACCEPTER

LA PRÉSIDENCE DE CETTE THÈSE.

EN TEMOIGNAGE DE NOTRE RESPECTUEUX

ATTACHEMENT.

A CEUX QUI M'ONT AIDÉE DANS LA RÉALISATION DE CET OUVRAGE

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. PICHOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MADemoisELLE LE DOCTEUR T. LEMPERIERE

ASSISTANTE À LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET DE L'ENCÉPHALE

A MONSIEUR J. PERSE

CHEF DU LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE À LA CLINI-
QUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0012

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. QUENU

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CONTE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. NETTER

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

EXTERNAT EN PREMIER :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. LESOBRE

INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR N. PERON

MONSIEUR LE DOCTEUR A. GROSSIORD

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CASTAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BUGÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GARCIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

I N T R O D U C T I O N

LA NOTION DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST DUE À KRAEPELIN QUI, EN 1896, L'ISOLA DU CADRE DE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE, POUR DES RAISONS À LA FOIS ÉTIOLOGIQUES ET SYMPTOMATIQUES.

ATTAQUÉE DÈS SA NAISSANCE, ELLE SUSCITA D'INTERMINABLES POLÉMIQUES ; NÉANMOINS ELLE SURVÉCUT, ET UN CHAPITRE PARTICULIER LUI EST CONSACRÉ DANS TOUS LES MANUELS DE PSYCHIATRIE MODERNES, AUSSI BIEN EN FRANCE QU'À L'ÉTRANGER. MAIS SI LA PLUPART DES AUTEURS S'ACCORDENT ACTUELLEMENT POUR LA CONSIDÉRER COMME UNE ENTITÉ DISTINCTE, IL FAUT BIEN DIRE QUE LE MYSTÈRE LE PLUS COMPLET CONTINUE À PLANER SUR SA NATURE ET SES MÉCANISMES EXACTS. TOUT D'ABORD IL FAUT INSISTER SUR L'IMPRÉCISION DU TERME MÊME DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION : À PRIORI IL NE SIGNIFIE RIEN DE PLUS QU'UN ÉTAT DÉPRESSIF SURVENANT À UN ÂGE TARDIF. CETTE PÉRIODE D'INVOLUTION PEUT-ÊTRE ASSIMILÉE À CE QU'ON APPELLE MAINTENANT L'ÂGE PRÉSÉNILE. MAIS D'UNE PART TOUS LES ÉTATS DÉPRESSIFS DE LA PRÉSÉNILITÉ NE S'INSCRIVENT PAS FORCÉMENT DANS CE CADRE ; IL NOUS FAUDRA DONC D'ABORD DÉFINIR AVEC PRÉCISION CE QU'ON ENTEND HABITUELLEMENT PAR MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ; D'AUTRE PART NOUS VOYONS D'EMBLÉE QUE TRAITANT DE CERTAINS ÉTATS DÉPRESSIFS SURVENANT À L'ÂGE PRÉSÉNILE ILS NOUS SERA IMPOSSIBLE DE NÉGLIGER LE CHAPITRE SI VASTE DES PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT : OR NOUS TOMBONS LÀ DANS UN DOMAINE EN VOIE D'EXPLOITATION ET S'IL EST PROBABLE QUE SA CONNAISSANCE FOURNIRA PROBABLEMENT DE GRANDS ÉCLAIRCISSEMENTS SUR LE PROBLÈME QUI NOUS CONCERNE, NOUS NE POUVONS RIEN EN EXTRAIRE DANS L'IMMÉDIAT.

AUSSI, SANS VOULOIR RÉSOUDRE LA QUESTION DÉJÀ SI DÉBATTUE DE SAVOIR SI OUI OU NON :

- LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION CONSTITUE UNE ENTITÉ NOSOGRAPHIQUE DISTINCTE

- OU SI ELLE ENTRE DANS LE CADRE DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE
- OU SI ELLE RECOUVRE DES PHÉNOMÈNES HÉTÉROGÈNES RÉUNIS PAR LE SEUL FAIT DE LEUR SURVENUE À L'ÂGE PRÉSÉNILE,

ESSAIERONS NOUS SIMPLEMENT D'APPORTER QUELQUES DONNÉES À LA CONNAISSANCE DE CETTE MALADIE, EN PARTICULIER EN CE QUI CONCERNE SON ÉVOLUTION ET LE PRONOSTIC QUE L'ON PEUT PORTER, CECI AU TERME D'UNE ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE QUI NOUS A PERMIS DE RELEVER CERTAINS POINTS INTÉRESSANTS. MAIS AVANT D'ABORDER L'EXPOSÉ DE NOS RÉSULTATS PERSONNELS, NOUS DONNERONS :

1°/ UN BREF APERÇU HISTORIQUE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AVEC LES DISCUSSIONS NOSOGRAPHIQUES QU'ELLE A SOULEVÉES

2°/ UNE DÉFINITION ET UNE DÉLIMITATION AUSSI PRÉCISES QUE POSSIBLE DE CETTE AFFECTION

ENFIN, APRÈS AVOIR RAPPORTÉ QUELQUES RÉSUMÉS D'OBSERVATIONS CLINIQUES, NOUS TERMINERONS LE TRAVAIL PAR UNE DISCUSSION SUR LA PATHOGÉNIE DE L'AFFECTION DANS LAQUELLE NOUS ENVISAGERONS :

- L'INVOLUTION SOUS L'ANGLE PHYSIOLOGIQUE ET NOUS TRAITERONS ICI DES RAPPORTS DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AVEC LA MÉNOPAUSE
- LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SOUS L'ANGLE PSYCHOLOGIQUE :
 - A) LE COMPORTEMENT GÉNÉRAL DE LA FEMME DEVANT LE VIEILLISSEMENT
 - B) LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION DANS SA CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE

LE PLAN SUIVI SERA LE SUIVANT :

- I - HISTORIQUE
- II - DÉFINITION
- III - MATÉRIEL ET MÉTHODES D'INVESTIGATION
- IV - ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE
- V - ÉTUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE
- VI - ÉTUDE ÉVOLUTIVE ET PRONOSTIQUE
- VII - EXPOSÉ D'OBSERVATIONS CLINIQUES
- VIII - DISCUSSIONS PATHOGÉNIQUES

I - HISTORIQUE

- EN 1884 KRAKAUER DÉCRIVIT LE PREMIER LA MÉLANCOLIE SURVENANT CHEZ LA FEMME APRÈS LA MÉNOPAUSE
- EN 1895 RITTI, AU CONGRÈS DE BORDEAUX CONSACRÉ AUX PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE, INSISTA SUR LA FRÉQUENCE DE LA MÉLANCOLIE SOUS SES DIVERSES FORMES ET DÉCRIVIT EN PARTICULIER LA FORME ANXIEUSE
 - PLUS FRÉQUENTE CHEZ LA FEMME
 - AVEC ANGOISSE, AGITATION, IDÉES HYPOCONDRIQUES
- EN 1896 KRACPELIN CRÉA LE GROUPE DES PSYCHOSES PRÉ-SÉNILES. SON ÉTUDE PORTA SURTOUT SUR LES ÉTATS DÉPRESSIFS ET IL ISOLA LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EN TANT QU'ENTITÉ NOSOGRAPHIQUE SORTANT DU CADRE DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE (COMME LE MONTRENT L'ÉTUDE DES ANTÉCÉDENTS, DE LA SYMPTOMATOLOGIE ET DE L'ÉVOLUTION). MAIS CETTE CONCEPTION FUT TRÈS RAPIDEMENT ATTAQUÉE.
- DÈS 1905 UN AUTEUR DANOIS THALBITZER PROTESTA CONTRE L'AUTONOMIE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION
- ET SURTOUT EN 1907 : DREYFUS, ÉLÈVE DE KRACPELIN RÉEXAMINANT LE MATÉRIEL CLINIQUE SUR LEQUEL AVAIT TRAVAILLÉ SON MAÎTRE, EN CONCLUT QUE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION N'EXISTE PAS ET EN FAIT UNE FORME PARTICULIÈRE DE PSY-

CHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE : IL INVOQUE À L'APPUI L'EXISTENCE D'ACCÈS DÉPRESSIFS ANTÉRIEURES ET D'AUTRES POSTÉRIEURS À LA MALADIE, LA POSSIBILITÉ DE LÉGÈRES PÉRIODES D'EXCITATION, L'ÉVOLUTION FRÉQUENTE VERS LA GUÉRISON MALGRÉ L'ASPECT PARFOIS DÉMENTIEL DE CES MALADES.

CE QUI POUR LUI EST SPÉCIAL À LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST UN ÉTAT MIXTE DE DISSOCIATION ENTRE L'INHIBITION OBJECTIVE QUI MANQUE (EXCITATION) ET L'INHIBITION SUBJECTILE QUI EXISTE (SENTIMENT D'INCAPACITÉ).

KRAEPELIN FINIT PAR SE RANGER À CETTE THÈSE (DANS LA 8ÈME ÉDITION DE SON TRAITÉ EN 1910).

DEPUIS LORS LES AUTEURS SONT RESTÉS TRÈS DIVISÉS SUR LA QUESTION DE SAVOIR SI LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION CONSTITUAIT OU NON UNE ENTITÉ NOSOGRAPHIQUE.

NOMBREUX SONT CEUX QUI À LA SUITE DE KRAEPELIN ONT RECONNU L'INDIVIDUALITÉ DE L'AFFECTION.

EN FRANCE

- L'ÉCOLE DE SERIEUX ET CAPGRAS : CE DERNIER DANS SA THÈSE (1900), "ESSAI DE RÉDUCTION DE LA MÉLANCOLIE EN UNE PSYCHOSE D'INVOLUTION PRÉSÉNILE", ESTIME QUE TOUTE MÉLANCOLIE QUI DÉBUTE AVANT 40 ANS N'EST QU'UN SYNDRÔME, LA VRAIE MÉLANCOLIE N'ÉTANT QUE LE REFLET MENTAL DES PROCESSUS D'INVOLUTION.
- ARSIMOLES ET HALBERSTADT DANS UNE REVUE DES TROUBLES MENTAUX SÉNILES ET PRÉSÉNILES (1913)
- LHERMITTE ET NICOLAS DANS UN TRAVAIL ANATOMO-CLINIQUE (1924)
- ANGLADE DANS SON RAPPORT AU CONGRÈS DE BORDEAUX (1931) QUI REVENDIQUE L'AUTONOMIE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION MAIS POUR LA FAIRE DÉPENDRE DE L'ARTÉRIOSCLÉROSE.
- COULEON DANS SA THÈSE (1935)

EN ALLEMAGNE

- RUNGE DANS SON ARTICLE DU TRAITÉ DE BUMKE DONNE UNE MISE AU POINT DU CHAPITRE (1930).

EN BELGIQUE

- HOVEN (1936) DANS UN ARTICLE SUR LES PSYCHOSES DÉPRESSIVES DE LA MÉNOPAUSE

EN RUSSIE

- GILAROVSKI

EN ANGLETERRE

- H. PALMER ET SH. SHERMAN (1938)

SIGNALONS QU'EN FRANCE P. ABELY ET DELMAS ÉTAIENT RESTÉS ATTACHÉS À L'OPINION DE DREYFUS.

ACTUELLEMENT, ET BIEN QUE CERTAINS AUTEURS DOUTENT ENCORE DE L'EXISTENCE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EN TANT QU'ENTITÉ NOSOLOGIQUE, UN CHAPITRE À PART LUI EST CONSACRÉ DANS LA PLUPART DES MANUELS DE PSYCHIATRIE COURANTE.

-EN FRANCE DANS LES ÉTUDES PSYCHIATRIQUES DE H.EY (1950)
DANS LE VOLUME DE PSYCHIATRIE DE L'ENCYCLOPÉDIE (1961)

-EN ALLEMAGNE DANS LE MANUEL DE BLEULER (1955)

-EN ANGLETERRE DANS LE TRAITÉ DE HENDERSON ET GILLEPSIE (1956)

-EN AMÉRIQUE DANS LE LIVRE DE MAYER GROSS, SLATER ET ROTH (1954)

-DANS LES PAYS SCANDINAVES DANS LE MANUEL DE LANGFELDT G. (1954)

CITONS ENFIN 2 ÉTUDES RÉCENTES DU PROBLÈME FAITES SUR UN IMPORTANT MATÉRIEL DE MALADES

1°/ CELLE DE TAIT, HARPER, ET MAC CLATCHEY EN ANGLETERRE (1957) PORTANT SUR 54 FEMMES ADMISES POUR LA PREMIÈRE FOIS ENTRE 40 ET 55 ANS, POUR ÉTAT DÉPRESSIF ET RÉPARTIES EN DÉPRESSION PSYCHOTIQUE ET EN DÉPRESSION NÉVROTIQUE.

LES RÉSULTATS DE CETTE ÉTUDE SONT ESSENTIELLEMENT NÉGATIFS, ILS MONTRENT L'ABSENCE DES TRAITS TRADITIONNELS DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET L'ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE DES 2 GROUPES DE MALADES (SI CE N'EST DANS LES SIGNES MÊMES DE LA DÉPRESSION ENDOGÈNE).

2°/ CELLE DE STENDSTEDT EN SUÈDE PORTANT SUR 307 MALADES (2.282 AVEC LEUR FAMILLE) ÉTUDIÉS PLUS PARTICULIÈREMENT SOUS UN ANGLE GÉNÉTIQUE QUI

CONCLUT QUE "DIVERS FACTEURS ÉTIOLOGIQUES ENTRENT DANS LA TRADITIONNELLE ENTITÉ CLINIQUE DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION : CELLE-CI PEUT-ÊTRE RÉDUITE À ~~DES CAS DE PSYCH~~MANIACO--DÉPRESSIVE ET À DES CAS DE DÉPRESSION ESSENTIELLEMENT EXOGÈNES".

II - DELIMITATION ET DEFINITION DE LA MELANCOLIE D'INVOLUTION

ETYMOLOGIQUEMENT LE MOT INVOLUTION EST UN TERME DE BOTANIQUE QUI DÉSIGNE L'ENROULEMENT DES FEUILLES SUR ELLES-MÊMES. C'EST DANS CE SENS QUE KRAEPELIN L'A EMPLOYÉ POUR REPRÉSENTER L'ÉTAT DE L'ORGANISME VIEILLI, QUI SE RATATINE, QUI SE REPLIE SUR LUI-MÊME. CE TERME D'INVOLUTION EST SOUVENT CONSIDÉRÉ COMME SYNONYME DE RÉGRESSION, C'EST AINSI QU'ON ENTEND ACTUELLEMENT PAR INVOLUTION SÉNILE : "L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS RÉGRESSIVES QUE LA VIEILLESSE IMPOSE À UN ORGANISME". EN FAIT LE VIEILLISSEMENT REPRÉSENTE LE PASSAGE À UN ÉTAT NOUVEAU, PLUTÔT QU'UNE RÉGRESSION VÉRITABLE.

INSISTONS D'EMBLÉE SUR LE FAIT QU'IL N'Y A PAS DE DÉFINITION PRÉCISE ET ACCEPTÉE PAR TOUS DE LA MALADIE. À PRIORI ELLE NE SIGNIFIE RIEN DE PLUS QU'UN ÉTAT DE DÉPRESSION SURVENU À UN ÂGE TARDIF.

NOUS DONNERONS D'ABORD LA PAROLE À KRAEPELIN QUI DANS LA TRADUCTION FRANÇAISE DE "L'INTRODUCTION À LA PSYCHIATRIE CLINIQUE" (1907) DIT :

... LA MÉLANCOLIE TELLE QUE NOUS L'AVONS DÉCRITE FRAPPE DE PRÉFÉRENCE, PEUT-ÊTRE EXCLUSIVEMENT LES PERSONNES AGÉES ET SURTOUT LES FEMMES À L'ÉPOQUE DE LA MÉNOPAUSE C'EST POUR AINSI DIRE L'EXAGÉRATION MORBIDE DE CE SENTIMENT DE DÉCHÉANCE PROGRESSIVE QU'ÉPROUVENT AUSSI LES GENS BIEN PORTANTS. NATURELLEMENT IL S'AGIT PRESQUE TOUJOURS DE PERSONNES PRÉDISPOSÉES, LES FEMMES PARAISSENT MÊME PLUS FRÉQUEMMENT ATTEINTES.

DANS CERTAINS CAS UN TRAUMATISME PSYCHIQUE : LA MORT BRUSQUE D'UN PROCHE PARENT PAR EXEMPLE AGIT COMME CAUSE DÉTERMINANTE.

DANS D'AUTRES OBSERVATIONS PAR CONTRE ON NE TROUVE AUCUNE CAUSE À INVOQUER. LE PRONOSTIC EST EN GÉNÉRAL ASSEZ FAVORABLE : 1/3 ENVIRON DES MALADES REVIENT À LA SANTÉ.

LES CAS GRAVES PEUVENT LAISSER À LEUR SUITE UN CERTAIN DÉGRÉ D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL ET QUELQUES TRAÎNES DE DÉPRESSION ANXIEUSE.

LA MARCHE DE L'AFFECTION EST LENTE, ET LA DURÉE QUI OSCILLE DANS DE TRÈS LARGES LIMITES DÉPASSE PRESQUE TOUJOURS 1 OU 2 ANS PARFOIS D'AVANTAGE. CETTE DÉFINITION PRINCEPS EST AUSSI COMPLÈTE ET AUSSI EXACTE QUE POSSIBLE (SI L'ON EXCEPTE QUELQUES POINTS DE L'ÉVOLUTION SUR LESQUELS NOUS REVIENDRONS).

NOUS VOYONS DONC QU'IL S'AGIT D'UNE ENTITÉ CLINIQUE ET ÉTIOLOGIQUE PARTICULIÈRE.

1°/ CLINIQUE : CAR EN EFFET LES SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SONT DÉCRITS À PEU PRÈS DE LA MÊME MANIÈRE PAR LES DIFFÉRENTS AUTEURS.

VOICI PAR EXEMPLE LA DESCRIPTION CONDENSÉE QU'EN DONNENT HENDERSON ET GILLEPSIE :

"DÉPRESSION SANS RALENTISSEMENT, S'ACCOMPAGNANT D'ANGOISSE, D'UN SENTIMENT D'ÉTRANGETÉ, ET D'IDÉES DÉLIRANTES HYPOCONDRIAQUES OU D'ANÉANTISSEMENT. MAIS CETTE DÉFINITION N'EST PAS EXHAUSTIVE D'UNE PART ET COMMANDE CERTAINES RÉSERVES D'AUTRE PART, CAR AUCUN DE CES SIGNES N'EST PARTICULIER À LA PÉRIODE D'INVOLUTION ; MAIS LEUR CONJONCTION EST SOUVENT COMMUNE À CETTE PÉRIODE DE LA VIE."

TOUS CES SIGNES NE SONT PAS EXIGÉS POUR PORTER LE DIAGNOSTIC DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

HENDERSON ET GILLEPSIE AJOUTERONT : NOUS AVONS CONVENU DE RÉSERVER LE TERME DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AUX PATIENTS N'AYANT JAMAIS SOUFFERT AU PRÉALABLE D'AUCUNE AFFECTION MENTALE. (EN FAIT LES SEULES AFFECTIONS MENTALES QUI DOIVENT ÊTRE EXCLUES SONT LES DÉPRESSIONS PRÉALABLES FAISANT PARTIE D'UNE PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE.

2°/ D'AUTRES AUTEURS S'EN TIENNENT À UNE DÉFINITION ÉTIOLOGIQUE.

KIELHOZ CONSIDÈRE COMME DÉPRESSION INVOLUTIVE, LES ÉTATS DÉPRESSIFS CARACTÉRISÉS NOTAMMENT PAR UNE ABSENCE DE FACTEURS HÉRÉDITAIRES DU GROUPE DES PSYCHOSES PÉRIODIQUES ET DE PHASES MANIACO-DÉPRESSIVES AVANT L'ÂGE CRITIQUE.

MR P. PICHOT ADMET LES CRITÈRES ÉTIOLOGIQUES ET ÉVOLUTIFS SUIVANTS :

- A) DÉBUT À LA PÉRIODE D'INVOLUTION ; CELLE-CI EST DIVERSEMENT DÉFINIE, MAIS POUR LA PLUPART DES AUTEURS, ELLE NE SAURAIT DÉBUTER AVANT 45 ANS CHEZ LA FEMME, 55 ANS CHEZ L'HOMME.
- B) ABSENCE D'ÉPISODES DÉPRESSIFS (ET ÉVENTUELLEMENT MANIACQUES) AVANT CET ÂGE.

- C) EVOLUTION RELATIVEMENT CHRONIQUE EN L'ABSENCE DE TOUTE THÉRAPEUTIQUE.
- D) PERSONNALITÉ PRÉ-PSYCHOTIQUE NON SYNTONE MAIS HABITUELLEMENT RATTACHÉE AU "CARACTÈRE OBSESSIONNEL".
- E) PLUSIEURS AUTEURS SOULIGNENT L'ABSENCE D'HÉRÉDITÉ MANIACO-DÉPRESSIVE.

SIGNALONS QU' D'UNE PART L'ÉVOLUTION A ÉTÉ BOULEVERSEE PAR LA THÉRAPEUTIQUE, QUE D'AUTRE PART IL NE SEMBLE PAS QUE LA NOTION D'ACCÈS RÉPÉTITIFS ULTÉRIEURS AILLE CONTRE LE DIAGNOSTIC DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL EST À FAIRE AVEC LES AUTRES VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES DE DÉPRESSIONS.

1°/ LA DÉPRESSION CONSTITUTIONNELLE QUI ÉVOLUE DEPUIS L'ADOLESCENCE ET NÉCESSITE EXCEPTIONNELLEMENT L'HOSPITALISATION.

2°/ LES DÉPRESSIONS PSYCHOGÈNES : QUI GROUPENT

- LES DÉPRESSIONS RÉACTIONNELLES OÙ LES PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES DÉCOULENT D'UN ÉVÈNEMENT DOULOUREUX DÉTERMINÉ, NE DURENT PAS LONGTEMPS, ET DONT LES MANIFESTATIONS RESTENT ESSENTIELLEMENT LIÉES AU CHOC ÉMOTIONNEL PRODUIT ET RESENTI PAR LE SUJET.
- LA DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT DÉCRITE PAR KIELHOLZ QUI EST UNE FORME PARTICULIÈRE DE DÉPRESSION RÉACTIONNELLE OU LA CAUSE DÉCLENCHANTE EST REPRÉSENTÉE PAR DES MICROTRAUMATISMES CONTINUES ENTRAÎNANT UN ÉTAT PERMANENT DE STRESS
- LES DÉPRESSIONS NÉVROTiques OU LA CAUSE DÉCLENCHANTE EST MINIME ET AGIT EN RÉACTIVANT UN COMPLEXE INFANTILE.

ICI NOUS RANGERONS LES ÉPISODES DÉPRESSIFS JALONNANT LE COURS D'UNE NÉVROSE OBSESSIONNELLE.

EN FAIT SI CES DÉPRESSIONS PSYCHOGÈNES SONT BIEN INDIVIDUALISÉES CHEZ LE SUJET JEUNE, APRÈS 45 ANS CHEZ LA FEMME ELLES S'INDIVIDUALISENT MAL DU CADRE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION DANS LAQUELLE NOUS VERRONS LA FRÉQUENCE D'UN FACTEUR DÉCLENCHANT ET D'UNE PERSONNALITÉ NÉVROTIQUE DE BASE.

CEPENDANT SI CERTAINS PSYCHIATRES ADMETTENT QU'IL N'Y A QU'UNE DIFFÉRENCE DE DEGRÉ ENTRE CES 2 MALADIES, D'AUTRES AFFIRMENT QU'IL EXISTE UNE DIFFÉRENCE DE NATURE ET QUE LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DOIT ÊTRE FAIT AVEC LE PLUS GRAND SOIN.

EN FAIT LES SEULS DIAGNOSTICS QUI SE DISCUTENT SONT :

1°/ LES SCHIZOPHRÉNIES TARDIVES

- SCHIZOPHRÉNIES PARANOÏDES TARDIVES À TEINTE DÉPRESSIVE
- OU PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE AU DÉBUT CAR L'ON SAIT QUE LES DÉPRESSIONS INVOLUTIVES PEUVENT PRÉSENTER DES SYMPTÔMES NETTEMENT PARANOÏDES TELS QUE DIFFÉRENTES SORTES D'HALLUCINATIONS ET DES IDÉES DÉLIRANTES VARIÉES.

ICI C'EST L'ÉVOLUTION QUI TRANCHERA :

- DISPARITION DES IDÉES DÉLIRANTES EN MÊME TEMPS QUE LES SIGNES DE LA SÉRIE DÉPRESSIVE DANS LES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION.
- PASSAGE À LA CHRONICITÉ DANS LES SCHIZOPHRÉNIES TARDIVES, AVEC PERSISTANCE DE PHÉNOMÈNES HALLUCINATOIRES, MAUVAIS CONTACT AFFECTIF, AUTISME CROISSANT.

2°/ LA DÉPRESSION DE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE QUI CLASSIQUEMENT SURVIENT SANS CAUSE DÉCLENCHANTE ET EST PRÉCÉDÉE D'AUTRES ACCÈS DÉPRESSIFS OU MANIAQUES.

L'INTERROGATOIRE RETROUVE SOUVENT UNE HÉRÉDITÉ SIMILAIRE. MAIS IL NE FAUT PAS OUBLIER QU'UNE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE PEUT-ÊTRE CONSTITUÉE PAR UN ACCÈS DÉPRESSIF ISOLÉ (15 % DES CAS). (DANS SON ÉTUDE SUR LES PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES STENDSTEDT (1952) TROUVE QUE SUR 288 MALADES DES 2 SEXES 53 % FONT UN SEUL ACCÈS DÉPRESSIF).

QUE D'AUTRE PART IL EST DES PSYCHOSES MANIACO DÉPRESSIVES À DÉBUT TARDIF ET LA MÉNOPAUSE EN PARTICULIER PRÉLUDE SOUVENT À DE TELS ÉTATS.

(SUR 162 MALADES DE SEXE FÉMININ ATTEINTES DE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE STENDSTEDT (1952) EN TROUVE 34 = 21 % QUI FONT UN ACCÈS EN RAPPORT AVEC LA MÉNOPAUSE). CECI N'A RIEN POUR NOUS ÉTONNER QUAND ON CONNAIT LE RÔLE INDISCUTABLE QUE JOUENT LES ÉPISODES DE LA VIE GÉNITALE DE LA FEMME ; PUBERTÉ, ACCOUCHEMENTS, MÉNOPAUSE DANS LE DÉCLENCHEMENT DES ACCÈS D'UNE AUTHENTIQUE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE.

ENFIN LA MÉNOPAUSE CONFÈRE SOUVENT À CES AUTHENTIKES MÉLANCOLIES UN CARACTÈRE PARTICULIER ; "L'INHIBITION EST SOUVENT MASQUÉE PAR UNE AGITATION ANGOISSÉE ET LE TABLEAU SE TEINTE FRÉQUEMMENT D'HYPONCONDRIE ET D'HYSTÉRIE" (KIELHOLZ).

3°/ LES DÉPRESSIONS SYMPTOMATIQUES D'UNE AFFECTION ORGANIQUE :

A) ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE SURTOUT, D'AUTANT PLUS QUE CERTAINS AUTEURS ONT VOULU VOIR DANS LE PROCESSUS ARTÉRIOSCLÉREUX LA CAUSE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

ANGLADE EN PARTICULIER S'APPUYAIT SUR 2 ORDRES D'ARGUMENTS :

ÉTIOLOGIQUES, ET IL INSISTAIT SUR LA FRÉQUENCE DES SIGNES DE LA SÉRIE ARTÉRIOSCLÉREUSE DANS CETTE MALADIE,

ÉVOLUTIFS ET IL AFFIRMAIT QUE LA MÉLANCOLIE TARDIVE PEUT VERSER APRÈS UNE SÉRIE PLUS OU MOINS LONGUE D'ACCÈS DANS LA DÉMENCE ARTÉRIO-SCLÉREUSE.

MAIS KRAEPELIN N'ÉTAIT PAS D'ACCORD SUR CE POINT : IL S'AGIT ICI POUR LUI DE MÉLANCOLIES DÉMENTIELLES PRIMITIVEMENT ET NON SECONDAIREMENT.

ET HELBERSTADT ÉGALEMENT QUI AFFIRMAIT QUE LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE EST UNE PSYCHOSE FONCTIONNELLE QUI DOIT ÊTRE COMPLÈTEMENT SÉPARÉE DES MÉLANCOLIES RELEVANT DE LÉSIONS ORGANIQUES TELLES QUE LES FORMES ARTÉRIO-SCLÉREUSES ET LACUNAIRES.

POUR NOUS, SI LA PRÉSENCE DE PETITS SIGNES D'HYPERTENSION N'INFIRME PAS À PRIORI LE DIAGNOSTIC DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION :

- L'ASPECT CLINIQUE DIFFÉRENT
- L'ABSENCE DE TOUT TERRAIN CARACTÉRIEL PARTICULIER DANS LES ANTÉCÉDENTS
- LA NOTION DE PETITS ICTUS RÉGRESSIFS
- ET SURTOUT L'EXISTENCE D'UN AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL CLINIQUE ET PSYCHOMÉTRIQUE CONSTANT
- L'EXISTENCE PLUS INCONSTANTE DE SIGNES NEUROLOGIQUES (SIGNES PYRAMIDAUX, CÉRÉBELLEUX, RÉALISANT AU MAXIMUM LE TABLEAU DU MALADE PSEUDO BULBAIRE, PLUS RAREMENT SIGNES EXTRA PYRAMIDAUX)
- UNE ÉVOLUTION VERS L'AGGRAVATION RAPIDE FONT SEULEMENT PORTER LE DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION SYMPTOMATIQUE D'ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE SURVENANT AU MÊME ÂGE, MAIS DONT L'ÉVOLUTION EST BEAUCOUP PLUS GRAVE (ROTH).

B) ATROPHIE CÉRÉBRALE AU DÉBUT

C) TUMEUR CÉRÉBRALE

D) AFFECTIONS ENDOCRINIENNES ; HYPER OU HYPOTHYROÏDIE, INSUFFISANCE CORTICO SURRÉNALE

E) AFFECTIONS MÉTABOLIQUES

III - MATERIELS ET METHODES D'INVESTIGATIONS

LE BUT DE CETTE ÉTUDE ÉTAIT À PRIORI D'ÉTUDIER L'ASPECT QUE PRENAIENT LES ÉTATS DÉPRESSIFS SURVENANT POUR LA PREMIÈRE FOIS À L'ÂGE PRÉSÉNILE,

- DE VOIR SI CES ÉTATS PRÉSENTAIENT ENTRE EUX UNE CERTAINE HOMOGÉNÉITÉ CLINIQUE
- DE RECHERCHER S'ILS S'ACCOMPAGNAIENT OU NON DE MODIFICATIONS PHYSIQUES, BIOLOGIQUES, ELECTRO ENCÉPHALOGRAPHIQUES OU PSYCHOMÉTRIQUES CONSTANTES.
- DE JUGER ENFIN DE LEUR PRONOSTIC IMMÉDIAT ET SURTOUT FUTUR.

LE MATÉRIEL DE CETTE INVESTIGATION EST REPRÉSENTÉ PAR TOUTES LES MALADES DE SEXE FÉMININ DE 45 À 60 ANS HOSPITALISÉES À LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES DU PROFESSEUR DELAY ENTRE 1952 ET 1962 (Y COMPRIS) AVEC UN DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION TYPIQUE OU ATYPIQUE, SANS TENIR COMPTE DE LA GRAVITÉ DE CETTE DÉPRESSION NI DU RÉGIME D'HOSPITALISATION.

C'EST AINSI QUE NOTRE INVESTIGATION A PORTÉ AUSSI BIEN SUR LES MALADES HOSPITALISÉES AU SERVICE LIBRE DE LA CLINIQUE, QUE SUR CELLES HOSPITALISÉES EN SERVICE FERMÉ. NOUS AVONS DÉPOUILLÉ LES DOSSIERS DE QUELQUES 300 MALADES.

DANS UN PREMIER TEMPS NOUS AVONS ÉLIMINÉ TOUTES LES MANIACO-DÉPRESSIVES C'EST À DIRE LES MALADES QUI AVAIENT FAIT À UN MOMENT QUELCONQUE DE LEUR VIE UN ÉTAT D'EXCITATION DE TYPE MANIAQUE OU UN, OU PLUSIEURS ACCÈS DÉPRESSIF AVANT 45 ANS, À CONDITION QUE CE OU CES ACCÈS DÉPRESSIFS AIENT EU LES CARACTÈRES D'UNE DÉPRESSION ENDOGÈNE (NOUS AVONS EXIGÉ POUR PORTER UN TEL DIAGNOSTIC UNE DÉPRESSION ANTÉRIEURE : SANS CAUSE APPARENTE, SUFFISAMMENT PROLONGÉE (PLUS D'1 MOIS), SUFFISAMMENT GRAVE POUR AVOIR NÉCESSITÉ SOIT UNE HOSPITALISATION, SOIT UNE VISITE ET UN TRAITEMENT DE LA PART D'UN PSYCHIATRE.

DANS UN DEUXIÈME TEMPS NOUS AVONS ÉLIMINÉ TOUTES LES MALADES AYANT DES SIGNES D'ORGANICITÉ C'EST À DIRE :

- CELLES AYANT DES SIGNES NEUROLOGIQUES EN FOYER
- CELLES AYANT DES SIGNES D'ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE
- CELLES AYANT DES SIGNES DÉMENTIELS OÙ MÊME UN AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL MANIFESTE CONSTATÉ APRÈS GUÉRISON DE L'ACCÈS.

MAIS LA CONSTATATION D'UNE HYPERTENSION ARTÉRIELLE SANS SIGNES DE RETENTISSEMENT CÉRÉBRAL N'A PAS ÉTÉ CONSIDÉRÉE ~~COMME~~ INCOMPATIBLE AVEC UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION QUI SURVIENT À UN ÂGE OÙ CES SIGNES VASCULAIRES SONT TRÈS RÉPANDUS.

DANS UN TROISIÈME TEMPS NOUS AVONS ÉLIMINÉ LES ÉPISODES DÉPRESSIFS VENANT JALONNER UNE NÉVROSE OBSESSIONNELLE TYPIQUE, AINSI QUE CERTAINS ÉTATS DÉPRESSIFS SURVENANT AU COURS DE L'ALCOLISME CHRONIQUE.

AU TERME DE CES ÉLIMINATIONS SUCCESSIVES NOUS AVONS RETENU 116 DOSSIERS DE MALADES AYANT FAIT LEUR PREMIER ACCÈS DÉPRESSIF APRÈS 45 ANS.

CEs MALADES ÉTAIENT RÉPARTIES COMME SUIT :

- MALADES DE SERVICE LIBRE = 83
- MALADES DE SERVICE FERMÉ = 33
- MALADES EN PLACEMENT VOLONTAIRE = 28
- MALADES EN PLACEMENT D'OFFICE = 5

CEs MALADES AVAIENT ÉTÉ VUES AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES PAR DES MÉDECINS DU SERVICE. CERTAINES D'ENTRE ELLES ÉTAIENT ENCORE SUIVIES EN VILLE OU EN CONSULTATION PAR CEs MÊMEs MÉDECINS QUI NOUS ONT COMMUNIQUÉ LEURS RÉSULTATS.

CE TRAVAIL EST DONC AVANTTOUT UN TRAVAIL SUR DOSSIERS, AVEC LES AVANTAGES QUE CELA PRÉSENTE (ÉTUDE EXTENSIVE PORTANT SUR UN GRAND NOMBRE DE CAS, OBSERVATIONS SOUVENT POURSUIVIES PENDANT PLUSIEURS ANNÉES) MAIS AUSSI LES INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE : (DOSSIERS INCOMPLETS, MAUVAISE INTERPRÉTATION DES TERMES, ABSENCE DE CONTACT AVEC LE MALADE).

CEPENDANT POUR PALLIER À CE DERNIER DÉTAIL, NOUS AVONS CONVOQUÉ POUR UN EXAMEN CLINIQUE PERSONNEL ET UN EXAMEN PSYCHOMÉTRIQUE SYSTÉMATIQUE LES MALADES LES PLUS TYPIQUES DE CETTE STATISTIQUE (UNE TRENTAINE). UNE VINGTAINE SEULEMENT ONT RÉPONDU À NOTRE APPEL QUANT AUX MALADES QUI N'AVAIENT PAS ÉTÉ CONVOQUÉES, ELLES ONT ÉTÉ PRIÉES DE RÉPONDRE À UN QUESTIONNAIRE :

- CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LEUR MALADIE DÉPRESSIVE DEPUIS LEUR SORTIE DE L'HOPITAL
- LES MODIFICATIONS ÉVENTUELLES DE LEUR ACTIVITÉ, DE LEUR CARACTÈRE DEPUIS LE DÉBUT DE LEUR MALADIE

- L'EXISTENCE ÉVENTUELLE D'UNE AUTRE AFFECTION

LES 3/4 ENVIRON DES MALADES CONTACTÉES ONT RÉPONDU CE QUI NOUS A PERMIS DANS UNE CERTAINE MESURE D'APPRÉCIER L'ÉVOLUTION À DISTANCE DE L'ACCÈS DÉPRESSIF AVEC UN RECUIL QUI VA DE 10 ANS À QUELQUES MOIS SELON LES CAS.

IL EST ÉVIDENT QUE LA SEULE FAÇON DE FAIRE UNE ÉTUDE OBJECTIVE DE LA QUESTION EUT CONSISTÉ À RENDRE UNE VISITE PERSONNELLE AU DOMICILE DE CHAQUE MALADE, AFIN D'Y PROCÉDER UN EXAMEN CLINIQUE ET PSYCHOMÉTRIQUE APPROFONDIS, OU À UNE ENQUÊTE SOCIALE EN CAS DE DÉCÈS (DANS LE BUT DE PRÉCISER SA DATE ET SES CIRCONSTANCES.)

(EN EFFET UN CERTAIN NOMBRE DE MALADES ÉTAIT DÉCÉDÉES : MAIS NOUS N'AVONS EU EN CE QUI LES CONCERNE QUE DES RÉSULTATS INCOMPLETS ET PEU UTILISABLES). MALHEUREUSEMENT LE TEMPS IMPARTI À CE TRAVAIL NE NOUS A PAS PERMIS DE FAIRE UNE ÉTUDE AUSSI MINUTIEUSE DE CHAQUE CAS.

LES RENSEIGNEMENTS OBTENUS SONT DE VALEUR INÉGALE. CERTAINS RESTENT TRÈS INCOMPLETS OU TRÈS APPROXIMATIFS.

NOUS ALLONS ENVISAGER LE TRAITEMENT DE CES RÉSULTATS EN CE QUI CONCERNE CHACUN DES 3 GRANDS POINTS DE NOTRE ÉTUDE : - ÉTIOLOGIQUE

- CLINIQUE

- ÉVOLUTIF

A L'INTÉRIEUR DE CHAQUE CHAPITRE, UN BREF RAPPEL THÉORIQUE DE LA QUESTION PRÉCÉDERA NOS DONNÉES NUMÉRIQUES.

POUR LA CLARTÉ ET L'EXACTITUDE DE NOTRE EXPOSÉ, NOTRE MATÉRIEL DE MALADE A ÉTÉ DIVISÉ EN 3 GROUPES D'IMPORTANCE INÉGALE :

1°/ LE GROUPE A QUE NOUS APPELLERONS LE GROUPE DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION PURES (86 CAS). IL EST COMPOSÉ DE MALADES N'AYANT AUCUN ANTÉCÉDENT FAMILIAL DU TYPE DÉPRESSIF OU CYCLOTHYME, AUCUN ANTÉCÉDENT PSYCHIATRIQUE PERSONNEL DE QUELQUE FORME QUE CE SOIT.

2°/ LE GROUPE B (41 CAS)

IL EST COMPOSÉ DE MALADES SANS AUCUN ANTÉCÉDENTS FAMILIAL DU TYPE DÉPRESSIF OU CYCLOTHYME.

MAIS AVEC DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE TYPE DÉPRESSIF, SURVENUS AVANT 45 ANS, SANS QUE TOUTEFOIS CEUX-CI PUISSENT S'INTÉGRER DANS LE CADRE D'UNE PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE (QU'IL S'AGISSE D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE ISOLÉE POUR LAQUELLE ON RETROUVE TOUJOURS UNE CAUSE DÉCLENCHANTE, OU BIEN D'UN ACCÈS DÉPRESSIF RÉACTIONNEL À MINIMA).

3°/ LE GROUPE C (19 cas)

IL EST COMPOSÉ DE MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DÉPRESSIFS, DONT NOUS PRÉCISERONS LA NATURE, MAIS AUCUN ANTÉCÉDENT DÉPRESSIF PERSONNEL AVANT 45 ANS.

CERTAINS AUTEURS EXCLUENT FORMELLEMENT CE DERNIER GROUPE DU CADRE DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION (KIELHOLZ, MR. PICHOT) MAIS D'AUTRES LES INCLUENT DANS CE CADRE (STENDSTEDT) CE QUI PARAÎT ASSEZ LOGIQUE SI L'ON VEUT PROCÉDER À UNE ÉTUDE GÉNÉTIQUE DE L'AFFECTION.

POUR CHACUN DES POINTS ENVISAGÉS NOUS FOURNIRONS DANS UN PREMIER TEMPS LES RÉSULTATS GLOBAUX POUR L'ENSEMBLE DES MALADES, ET DANS UN DEUXIÈME TEMPS LES RÉSULTATS PARTIELS DANS CHACUN DES GROUPE A, B ET C.

IV - ETUDE ETIOLOGIQUE

1°/ L'ÂGE DES MALADES

IL CORRESPOND AU DÉBUT DE L'INSÉNESCENCE : QUELLE DATE PEUT-ON ATTRIBUER À CE DÉBUT ?

IL N'EXISTE PAS CHEZ L'HOMME DE SIGNE OBJECTIF CAPABLE DE NOUS RENSEIGNER SUR CE POINT.

D'AILLEURS CE DÉBUT EST TRÈS VARIABLE D'UN INDIVIDU À L'AUTRE PUISQUE L'ON SAIT QUE LES HOMMES SE COMPORTEMENT DE FAÇON TRÈS DIFFÉRENTE EN FACE DE LA SÉNILITÉ.

AUSSI LES AUTEURS ONT SITUÉ ARBITRAIREMENT LA PÉRIODE PRÉSÉNILE APRÈS 40 ANS.

CET ÂGE EST D'AILLEURS DIFFÉRENT CHEZ LA FEMME OÙ IL SE SITUE AUX ALENTOURS DE LA MÉNOPAUSE 45-55 ANS, ET CHEZ L'HOMME OÙ L'INSÉNESCENCE EST PLUS TARDIVE DE 10 ANS ENVIRON.

EN FAIT L'ÂGE MOYEN DES MALADES DÉPEND EN GRANDE PARTIE DE LA SÉLECTION DU MATÉRIEL PAR L'AUTEUR. L'ÂGE MOYEN DES MALADES EST DE 47 ANS DANS LE MATÉRIEL DE TAIT HARPER ET MAC CLATCHEY, 57 DANS CELUI DE STENDSTEDT, ENTRE 51 ET 60 DANS CELUI DE KIELHOLZ.

ICI LA PÉRIODE D'ÉTUDE A ÉTÉ FIXÉE ARBITRAIREMENT ENTRE 45 ET 60 ANS CE QUI CORRESPOND À PEU PRÈS À LA PÉRIODE PRÉ-SÉNILE (AU DELÀ DE 60 ANS ON PARLE DÉJÀ CHEZ LA FEMME DE PÉRIODE SÉNILE : OR ON CONNAÎT LA FRÉQUENCE DES ÉTATS PATHOLOGIQUES PROPRES À CET ÂGE, ÉTATS QUI VIENNENT FAUSSER LE TABLEAU CLINIQUE).

L'ÂGE MOYEN AU 1ER ACCÈS A ÉTÉ CALCULÉ À :

- 51 ANS DANS LE GROUPE A
- 52 ANS DANS LE GROUPE B
- 51 ANS DANS LE GROUPE C

2°/ LE SEXE

DE L'AVIS UNANIME, L'AFFECTION EST PLUS FRÉQUENTE CHEZ LA FEMME (8 FEMMES POUR 3 HOMMES POUR E.DAVIDOFF).

ICI NOUS SOMMES LIMITÉS À L'ÉTUDE DE L'AFFECTION DANS LE SEXE FÉMININ.

3°/ LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SEMBLE TRÈS LARGEMENT RÉPANDUE À LA SURFACE DU GLOBE, ELLE SERAIT PLUS COMMUNE PARMİ LES POPULATIONS RURALES QUE PARMİ LES POPULATIONS URBAINES (MURCLE 1948, HENDERSON ET GILLESPIE 1950).

EN CE QUI NOUS CONCERNE NOTRE ÉTUDE A PORTÉ SUR DES MALADES HOSPITALISÉES À L'HÔPITAL STE ANNE À PARIS, QUI HABITAIENT POUR LA PLUPART LA CAPITALE OU SA BANLIEUE. IL S'AGIT DONC D'UNE POPULATION ESSENTIELLEMENT URBAINE.

4°/ LA CLASSE SOCIALE

SEMBLE PEU INTERVENIR DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION QUI SE RENCONTRERAIT DANS TOUS LES MILIEUX AUSSI BIEN LES MILIEUX TRÈS PAUVRES QUE LES MILIEUX AISÉS. STENDSTEDT (1959) DIT QUE SES MALADES NE SEMBLENT PAS DIFFÉRER DE LA POPULATION GÉNÉRALE EN CE QUI CONCERNE LA CLASSE SOCIALE.

ICI NOTRE STATISTIQUE EST FAUSSÉE PAR LE FAIT QUE LE RECRUTEMENT DES MALADES DE STE ANNE PORTE SURTOUT SUR LES CLASSES MOYENNES OU PAUVRES DE LA SOCIÉTÉ. DE PLUS POUR QUE NOS CHIFFRES AIENT UNE VALEUR IL FAUDRAIT SAVOIR LE % ATTENDU POUR CHAQUE CLASSE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE (VOIR TABLEAU).

5°/ LA SITUATION FAMILIALE

JOUERAIT UN RÔLE. LA MALADIE SERAIT PLUS FRÉQUENTE CHEZ LES SUJETS MAL INSÉRÉS SOCIALEMENT (CÉLIBATAIRES, DIVORCÉES, VEUVES).

STENDSTEDT (1959) TROUVE QUE PARMİ LES MALADES HOSPITALISÉES POUR MÉLANCOLIE D'INVOLUTION LES CÉLIBATAIRES ET LES DIVORCÉS SONT EN MAJORITÉ.

ICI NOUS NE RETROUVONS PAS CE CARACTÈRE, LES FEMMES MARIÉES ÉTANT EN MAJORITÉ DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES (61 % DANS LE GROUPE A, 63 % DANS LE GROUPE B, 78 % DANS LE GROUPE C). (VOIR TABLEAU).

DE PLUS NOS MALADES NE SEMBLENT PAS AVOIR DE NOMBREUX ENFANTS : LA PLUPART DES MALADES ONT 1 ENFANT OU PAS DU TOUT, ET LE NOMBRE MOYEN D'ENFANT PAR MALADE EST D'ENVIRON 1,5. DANS LE GROUPE A : 30 MALADES N'AVAIENT PAS D'ENFANT, DANS LE GROUPE B : 4 ET DANS LE GROUPE C : 5.

LÀ ENCORE IL SERAIT INTÉRESSANT DE COMPARER CES CHIFFRES CONCERNANT LE STATUT MARITAL ET LE NOMBRE D'ENFANTS À CEUX QU'ON OBTIENDRAIT DANS UN GROUPE DE 115 SUJETS CHOISIS AU HASARD DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.

EN FAIT TOUS CES POINTS QUE NOUS VENONS DE PRÉCISER N'ONT QU'UNE VALEUR ANECDOTIQUE.

NOUS ALLONS MAINTENANT ABORDER LES FACTEURS QUI DE L'AVIS UNANIME JOUENT UN RÔLE DANS LA SURVENUE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION À SAVOIR :

- LES FACTEURS HÉRÉDITAIRES
- LES FACTEURS DE TERRAIN
- LES FACTEURS DÉCLENCHANTS DONT NOUS EXCLUONS VOLONTAIREMENT LA MÉNOPAUSE DONT LE RÔLE SERA DISCUTÉ DANS UN CHAPITRE À PART.

6°/ LES FACTEURS HÉRÉDITAIRES

LE RÔLE DE L'HÉRÉDITÉ DANS L'APPARITION DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION A PU PARAÎTRE SUBALTERNE À CERTAINS AUTEURS (HALBESTADT). IL N'EN MÉRITE PAS MOINS D'ÊTRE DISCUTÉ CAR LÀ L'UNANIMITÉ N'EST PAS FAITE ENTRE LES DIFFÉRENTS PSYCHIATRES QUI ONT ÉTUDIÉ LA QUESTION.

CERTAINS RATTACHENT GÉNÉTIQUEMENT LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION À LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE, D'AUTRES AUX PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES.

NOUS AVONS VU COMMENT KRAEPELIN APRÈS AVOIR DISTINGUÉ LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, DE LA MÉLANCOLIE DES PÉRIODIQUES NON SEULEMENT SUR LE PLAN CLINIQUE, MAIS ÉGALEMENT SUR LE PLAN ÉTIOLOGIQUE PUISQU'IL TROUVAIT DES ANTÉCÉDENTS DIFFÉRENTS DANS CES 2 MALADIES, TANT FAMILIAUX QUE PERSONNELS, CHANGERA PLUS TARD D'AVIS À CE SUJET.

LE PROBLÈME QUI SE POSE EST DONC CELUI DE SAVOIR SI LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST GÉNÉTIQUEMENT DIFFÉRENTE DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE. LES INVESTIGATIONS CONCERNANT L'HÉRÉDITÉ DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION NE SONT PAS NOMBREUSES, ET ELLES PORTENT POUR LA PLUPART SUR UN PETIT NOMBRE DE CAS, D'AUTRE PART LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES MALADES NE SONT PAS LES MÊMES POUR TOUS.

LA PLUPART DE CES TRAVAUX SONT DES TRAVAUX ALLEMANDS (BROCKAUSEN 1937, SCHNITZENBERGER 1937, LEONHARD 1937, BROCKAUSEN 1939, BISHOF 1939 ET MAJER 1941) ET FURENT RÉSUMÉS PAR LUXENBURGER 1942.

KALLMANN (1950) AUX ÉTATS UNIS EXAMINA L'HÉRÉDITÉ DE 96 PAIRES DE Jumeaux atteints de MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. IL RÉSUMA AINSI SES RÉSUL-

TATS (1954) "GÉNÉTIQUEMENT LA PSYCHOSE D'INVOLUTION A UNE RELATION INDIRECTE AVEC LE GROUPE DES SCHIZOPHRÉNIES. IL N'Y A PAR CONTRE AUCUNE RELATION GÉNÉTIQUE ENTRE LE GROUPE DES PSYCHOSES MANIACO DÉPRESSIVE ET CELUI DES FORMES CLINIQUES DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION OU DES ÉTATS VOISINS DE DÉPRESSION SURVENANT À LA PÉRIODE D'INVOLUTION.

KALLMANN (1956) TROUVANT DANS LES FAMILLES DE Jumeaux atteints de psychoses d'involution 4,3 % de schizophrénies (0,8 % de psychoses maniaco dépressives, 10 % de psychoses préséniles et séniles).

HENDERSON ET GILLEPSIE (1950) FONT ÉTAT DE PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES FRÉQUENTES CHEZ LES ASCENDANTS OU LES DESCENDANTS DE LEURS MALADES.

KIELHOLZ (1959) DANS UN TRAVAIL PORTANT SUR 157 SUJETS AFFIRME AUSSI L'ABSENCE D'HÉRÉDITÉ DE TYPE MANIACO-DÉPRESSIF DE MÊME QUE LA RARETÉ DES AFFECTIONS SIMILAIRES CHEZ LES FRÈRES ET SOEURS DES MALADES, MAIS SOULIGNE LA GRANDE FRÉQUENCE DES SCHIZOPHRÉNIES, DES PERSONNALITÉS SCHIZOÏDES ET AUSSI DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE DANS LES FAMILLES DE SES MALADES ATTEINTS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

MAIS STENDSTEDT (1959) DANS UNE ANALYSE GÉNÉTIQUE STATISTIQUE BEAUCOUP PLUS IMPORTANTE QUE LES PRÉCÉDENTES PUISQU'ELLE CONCERNAIT 307 MALADES ATTEINTS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, 2.282 PERSONNES EN TOUT AVEC LEURS ENFANTS ET PARENTS, NE TROUVE PAS DE RISQUE DIFFÉRENT DE CELUI DE LA POPULATION GÉNÉRALE EN CE QUI CONCERNE LA SCHIZOPHRÉNIE AINSI QUE LES AUTRES MALADIES ET ANOMALIES MENTALES EN DEHORS DES DÉ-SORDRES AFFECTIFS ENDOGÈNES.

POUR CEUX-CI (QUI TOTALISENT LE RISQUE DE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE 1 %, CELUI DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION 0,5 %, LES AUTRES DÉPRESSIONS NON PSYCHOGÈNES SOIT EN TOUT 3 % DANS LA POPULATION GÉNÉRALE SUÉDOISE.) IL TROUVE UN RISQUE QUI S'ÉLÈVE À 6 % DANS LES FAMILLES DE MALADES ATTEINTS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, RÉSULTATS QUI CONCORDENT AVEC CEUX DES AUTEURS ALLEMANDS C'EST À DIRE UN RISQUE 2 FOIS PLUS ÉLEVÉ QUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE, MAIS QUI N'ATTEINT PAS CÉPENDANT LE POURCENTAGE ATTENDU DANS LES FAMILLES DE MANIACO-DÉPRESSIFS QUE DANS UN PRÉCÉDENT OUVRAGE (1952) IL AVAIT CHIFFRÉ À 15 %.

STENDSTEDT EN ARRIVE À LA CONCLUSION QU'IL EST PROBABLE QUE DIVERS FACTEURS ENTRENT DANS L'ÉTIOLOGIE TRADITIONNELLE DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION : (CEUX-CI PEUVENT CONSISTER EN CAS DE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE ET EN CAS DE DÉPRESSIONS EXOGÈNES).

AU TERME DE CES NOMBREUSES ÉTUDES IL APPARAÎT QUE, D'UNE PART LA PARENTÉ ENTRE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET LA SCHIZOPHRÉNIE RESTE TRÈS

CONTESTABLE.

ET QUE D'AUTRE PART L'HÉRÉDITÉ DÉPRESSIVE EST PLUS FRÉQUENTE DANS LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE QUE DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. (BIEN QUE DANS CETTE DERNIÈRE ELLE SOIT PLUS ÉLEVÉE QUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE).

RÉSULTATS PERSONNELS

POUR TOUS LES MALADES NOUS AVONS RECHERCHÉ PARMI LES ASCENDANTS (GRAND PARENTS - PARENTS - ONCLES ET TANTES) LES COLLATÉRAUX (FRÈRE ET SOEUR) LES DESCENDANTS (ENFANTS) UNE HÉRÉDITÉ DE TYPES : MÉLANCOLIQUE - MANIACO DÉPRESSIVE - SCHIZOPHRÉNIQUE OU AUTRE.

BIEN SUR IL S'AGISSAIT D'UN TRAVAIL SUR DOSSIER ET LES ANTÉCÉDENTS N'ÉTAIENT PAS TOUJOURS MENTIONNÉS AVEC PRÉCISION.

DANS MOINS DE 10 % DES CAS CEPENDANT CES RENSEIGNEMENTS MANQUAIENT TOTALEMENT. NOUS AVONS AINSI PU PRÉCISER :

1°/ L'HÉRÉDITÉ DÉPRESSIVE

2°/ LES AUTRES FACTEURS RENCONTRÉS DANS L'HÉRÉDITÉ DE NOS MALADES :

PSYCHOSES - NÉVROSES - DÉMENCES - DÉBILITÉ - ÉPILEPSIE - ÉTHYLISME ETC...

1°/ L'HÉRÉDITÉ DÉPRESSIVE

POUR APPRÉCIER SON IMPORTANCE NOUS DEVONS INCLURE LE GROUPE C DANS UNE STATISTIQUE D'ENSEMBLE PORTANT SUR LES 115 MALADES DE NOTRE TRAVAIL. SOULIGNONS QUE LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT CES ANTÉCÉDENTS SONT PARFOIS CACHÉS PAR LE MALADE, AILLEURS ILS SONT TRÈS VAGUES, OU TRÈS INCOMPLETS, ET TOUT ESSAI DE CLASSIFICATION RIGOREUSE DE CEUX-CI EN :

- DÉPRESSION RÉACTIONNELLE
- DÉPRESSION AU COURS D'UNE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE
- MÉLANCOLIE D'INVOLUTION

SEPAIT VAIN.

AUSSI NOUS CONTENTERONS NOUS DE CITER LES RENSEIGNEMENTS QUE NOUS AVONS RECUEILLIS, EN LES INCLUANT DANS LE GROUPE DU SUBJECTIVEMENT NOUS AVONS CRU COMPRENDRE QU'ILS SE PLACAIENT.

19 MALADES SUR 115 (SOIT 16 %) ONT DES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS CERTAINS.

(5 MALADES DONT LES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS FAMILIAUX ÉTAIENT DISCRETS, À TYPE D'ÉPISODE DÉPRESSIF OU DE DÉPRESSION NEURASTHÉNIQUE, N'AYANT

NÉCESSITÉ NI HOSPITALISATION, NI TRAITEMENT, N'ONT PAS ÉTÉ INCLUS DANS LE GROUPE C).

PARMI CES 19 MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS CERTAINS :
DANS 10 CAS, IL S'AGISSAIT PROBABLEMENT DE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE :

- 1°/ 1 SOEUR INTERNÉE 1 AN POUR DÉPRESSION
- 2°/ 1 MÈRE AYANT FAIT DEUX ACCÈS MÉLANCOLIQUES
- 3°/ 2 SOEURS + 1 FRÈRE AYANT FAIT DES ACCÈS MÉLANCOLIQUES
- 4°/ 1 SOEUR + 1 FILLE AYANT FAIT 1 ÉPISODE DÉPRESSIF
- 5°/ 1 TANTE INTERNÉE POUR DÉPRESSION AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION
- 6°/ 1 SOEUR INTERNÉE POUR DÉPRESSION
- 7°/ 1 SOEUR AYANT FAIT UN ÉPISODE MANIAQUE
- 8°/ 1 PÈRE AYANT FAIT 2 ÉPISODES DÉPRESSIFS ET QUI S'EST SUICIDÉ
- 9°/ 1 SOEUR AYANT FAIT 1 ÉPISODE MÉLANCOLIQUE + 1 SOEUR AYANT FAIT 1 ÉPISODE MANIAQUE
- 10°/ 1 SOEUR + 1 FILLE AYANT FAIT UN ÉPISODE DÉPRESSIF.

DANS 4 CAS IL S'AGISSAIT PEUT-ÊTRE D'UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION :

- 1°/ 1 MÈRE N'AYANT JAMAIS EU D'ÉPISODE PSYCHIATRIQUE PRÉALABLE, S'EST SUICIDÉE À 50 ANS
- 2°/ 1 MÈRE A FAIT À 50 ANS, APRÈS UN DEUIL, UNE DÉPRESSION QUI A DURÉ 10 ANS ET PENDANT LAQUELLE ELLE N'A JAMAIS QUITTÉ SA CHAMBRE
- 3°/ 1 SOEUR A FAIT À 50 ANS APRÈS UN ÉCHEC SENTIMENTAL COMPLIQUÉ DE SOUCIS FINANCIERS, UN ACCÈS DÉPRESSIF.
- 4°/ 1 SOEUR A FAIT UNE DÉPRESSION TRAINANTE À LA CINQUANTAINE

DANS 4 CAS IL S'AGISSAIT DE RÉACTIONS SUICIDAIRES (AYANT ENTRAÎNÉ LA MORT 3 FOIS)

IL S'AGISSAIT DE 3 TENTATIVES DE SUICIDE PEUT-ÊTRE RÉACTIONNELLE.

- 1°/ 1 À UNE GROSSESSE INDÉSIRÉE CHEZ UNE CÉLIBATAIRE
- 2°/ 1 APRÈS DES ENNUIS FINANCIERS
- 3°/ 1 APRÈS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE
- 4°/ LA 4ÈME CONCERNANT 1 FRÈRE QUI S'ÉTAIT SUICIDÉ À 20 ANS MAIS DONT LA RAISON DU GESTE N'A PAS ÉTÉ PRÉCISÉE.

DANS 1 CAS DIT DÉPRESSION SÉNILE IL S'AGISSAIT DE LA MÈRE QUI AVAIT FAIT À 70 ANS UN ÉPISODE DÉPRESSION AYANT DURÉ 2 ANS.

2°/ LES AUTRES ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES

SE RÉPARTISSENT COMME SUIV : :

PSYCHOSES 5 CAS

1°/ DÉLIRE DE PERSÉCUTION CHEZ LA MÈRE

2°/ DÉLIRE DE PERSÉCUTION CHEZ LA MÈRE

3°/ BOUFFÉE DÉLIRANTE CHEZ LA FILLE

4°/ PSYCHOSE CHEZ LE FILS

5°/ SCHIZOPHRÉNIE CHEZ LA FILLE

DANS 2 DE CES CAS ON TROUVAIT DANS LA MÊME FAMILLE DES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS ET SCHIZOPHRÉNIQUES ASSOCIÉS.

ALCOOLISME CHRONIQUE 5 CAS

CHEZ LE PÈRE

DÉBILITÉ 2 CAS

CHEZ LA FILLE

EPILEPSIE 1 CAS

(A LA FOIS CHEZ LE PÈRE ET LA SOEUR)

PERSONNALITÉS PSYCHOPATHIQUES ET TROUBLES DU CARACTÈRE 6 CAS

- NEURASTHÉNIE CONSTITUTIONNELLE 2 CAS (1 MÈRE - 1 PÈRE)

- PSYCHOSTHÉNIE 2 CAS (1 SOEUR - 1 FILS)

- CARACTÈRE INSTABLE 2 CAS (1 SOEUR - 1 PÈRE)

CONCLUSIONS

IL APPARAÎT DONC QUE 19 DE NOS MALADES (SOIT 16 % DE NOTRE POPULATION) ONT DES ANTÉCÉDENTS DE LA SÉRIE DÉPRESSIVE, CE POURCENTAGE EST CELUI DE LA MORBIDITÉ DANS LES FAMILLES DE MANIACO DÉPRESSIFS.

EN FAIT SEULEMENT UNE DIZAINE (SOIT 8,7 % DE NOTRE POPULATION) A DES ANTÉCÉDENTS MANIACO DÉPRESSIFS TRÈS PROBABLES.

4 MALADES SOIT 3,5 % ONT DES ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES DU TYPE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

EN FAIT CES CHIFFRES SONT TRÈS APPROXIMATIFS : RETENONS SEULEMENT ENVIRON 15 % D'ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DÉPRESSIFS
ENVIRON 10 % D'ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE TYPE MANIACO DÉPRESSIF, SOIT UN POURCENTAGE UN PEU INFÉRIEUR À CELUI RENCONTRÉ DANS LES FAMILLES DE VRAIS MANIACO-DÉPRESSIFS, MAIS NETTEMENT SUPÉRIEUR À CELUI QUE

TROUVAIT STENDSTEDT (1959)

POUR LES AUTRES ANTÉCÉDENTS

- UNE HÉRÉDITÉ DE TYPE SCHIZOPHRÉNIQUE AU SENS LARGE EST RETROUVÉE 5 FOIS SOIT DANS 4,3% DES CAS.

CE CHIFFRE EST CELUI DE KALLMANN ET NOUS SOMMES OBLIGÉS DE RECONNAÎTRE DANS NOTRE POPULATION UN POURCENTAGE DE PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES SUPÉRIEUR À CELUI DE LA POPULATION GÉNÉRALE (QUI NE DÉPASSE PAS 1 %).

- SIGNALONS QUE 62 MALADES SOIT PLUS DE 50 % N'AVAIENT AUCUN ANTÉCÉDENT PSYCHIATRIQUE DE QUELQUE TYPE QUE CE SOIT
- QUE DANS 15 CAS LES ANTÉCÉDENTS N'ÉTAIENT PAS PRÉCISÉS OU ÉTAIENT INCOMPLÈTEMENT CONNUS (CAS DES ENFANTS NATURELS).
- ET QU'IL RESTE DONC 39 MALADES SOIT 33 % QUI ONT DES ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES DE QUELQUE TYPE QUE CE SOIT, POURCENTAGE TRÈS ÉLEVÉ, BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉ QUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.

7°/ LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE

LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES SUJETS ATTEINTS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION A FAIT L'OBJET DE NOMBREUSES PUBLICATIONS.

- TITLEY 1936
- PALMER ET SHEEMAN 1938
- MALAMUD, SANDS ET MALAMUD 1941
- NOYES 1948

TOUS CES AUTEURS S'ACCORDENT POUR TROUVER AUX MALADES ATTEINTS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION UNE PERSONNALITÉ SOUS JACENTE TYPIQUE, ET BIEN DIFFÉRENTE EN TOUS CAS DE CELLE DES MANIACO-DÉPRESSIFS.

ILS VOIENT LÀ UN ARGUMENT DE PLUS (AVEC LA SYMPTOMATOLOGIE) POUR AFFIRMER QUE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST UNE ENTITÉ À PART, DIFFÉRENTE DE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE.

LA PERSONNALITÉ PRÉ-PSYCHOTIQUE DES MANIACO DÉPRESSIFS A ÉTÉ ÉTUDIÉE PAR DE NOMBREUX AUTEURS, KRETSCHMER EN PARTICULIER QUI LES DÉCRIT COMME DES PNYQUES CYCLOTHYMES.

HENDERSON ET GILLEPSIE, DANS UNE DESCRIPTION QUI RAPPELLE CELLE DES AUTEURS ANTÉRIEURS, MAIS QUI EN DIFFÈRE QUELQUE PEU, DIT QUE CE SONT DES PERSONNALITÉS FRANCHES, OUVERTES POUR LA PLUPART:

"TANTÔT CE SONT DES SUJETS BRILLANTS, BAVARDS, OPTIMISTES, ACTIFS, QUI FONT AUSSITÔT LA LUMIÈRE SUR LES AFFAIRES COURANTES DE LA VIE, ET TANTÔT ILS ONT UN HORIZON OBSCUR, DÉPLORENT LE PASSÉ, FONT DES MONTAGNES DE SIMPLES MOTTES DE TERRE." AILLEURS, IL Y A UNE COMBINAISON DE CES 2 HUMEURS RENDANT LA PERSONNE INSTABLE ET VARIABLE AU POINT DE VUE ÉMOTIONNEL.

BIEN DIFFÉRENT EN TOUT CAS APPARAÎT LE CARACTÈRE DES SUJETS QUI FONT UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET QU'ON DÉCRIT COMME DES SUJETS RIGIDES ET INTRAMERTIS.

TITLEY A TROUVÉ EN ÉTUDIANT LA PERSONNALITÉ PRÉ-PSYCHOTIQUE DE MALADES ATTEINTS DE DÉPRESSION D'INVOLUTION UN SCHÉMA CONSTANT DES TRAITS DE CARACTÈRE.

- CHAMP D'INTENSITÉ ÉTROIT
- DIFFICULTÉ À S'ADAPTER AU CHANGEMENT
- CAPACITÉ LIMITÉE POUR LES RELATIONS SOCIALES ET LES RELATIONS D'AMITIÉ
- INTOLÉRANCE ET MAUVAISE ADAPTATION SOCIALE
- ADHÉRENCE RIGIDE À UN CODE ÉTHIQUE RIGOUREUX
- TENDANCE MARQUÉE POUR L'ÉPARGNE
- UNE RÉSERVE QUI DEVIENT RETENUE DÈS QUE LES INTÉRÊTS INTIMES SONT EN JEU.
- UNE ANXIÉTÉ PERMANENTE
- UN ENTÊTEMENT PROFOND
- UN CARACTÈRE ACCABLANT : EXAGÉRÉMENT CONSCIENCIEUX, MÉTICULEUX POUR LEUR PERSONNE ET LEUR VOCATION.

PALMER ET SHERMAN (1938) DANS UN TRAVAIL PORTANT SUR 50 MALADES TROUVENT :

- DANS 80 % DES CAS UNE INTROVERSION MARQUÉE
- DANS 52 % DES CAS (CHEZ LA FEMME) UN CARACTÈRE OBSESSIONNEL ET COMPULSIF
- UNE FORTE RÉPRESSION DES INSTINCTS CHEZ 80 % DES FEMMES
- DES TRAITS SADO-MASOCHISTES CHEZ 32 % DES FEMMES
- UNE CROYANCE RELIGIEUSE TROP RIGOUREUSE CHEZ 32 % DES FEMMES

ILS VOIENT LÀ UNE PATHOGÉNIE POSSIBLE À LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET DISENT "UNE ÉTUDE SOIGNEUSE DU PASSÉ DE CES MALADES MONTRENT QUE

DEPUIS L'ENFANCE OU LA PUBERTÉ, ILS ONT ÉTÉ DES INTRAVERTIS, TOUJOURS SUR LA DÉFENSIVE, NE SE PERMETTANT AUCUNE FANTAISIE, AUCUNE LIBERTÉ, S'IMPOSANT À EUX MÊME UN LOURD FARDEAU SOUS LA FORME DE RESTRICTIONS DE LA VIE INSTINCTUELLE, AVANT MIS LEUR BUT DANS L'ÉVITEMENT DU PLAISIR, AYANT ÉTABLI POUR EUX-MÊMES UN CODE MORAL AUSTÈRE, INFLEXIBLE, QU'AUCUN MORTEL NE POURRAIT ESPÉRER SATISFAIRE.

INHIBÉS DE FAÇON PATHOLOGIQUE, SCRUPULEUSEMENT MÉTICULEUX POUR DES VÉTILLES, TRACASSÉS DE FAÇON PERMANENTE AVEC OU SANS RAISON, INCAPABLES DE LIBÉRER LEURS FORCES AFFECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE RELATIONS HUMAINES CHALEUREUSES, ILS ONT DIRIGÉ AVEC FERMETÉ LEUR VIE VERS UNE VOIE ÉTROITE, DÉPOURVUE D'ÉMOTIONS, ET QUI POURRAIT AU MIEUX ÉTOUFFER LE JEU DE LEUR PERSONNALITÉ.

LA RIGIDITÉ, EXISTE COMMUNÉMENT À UN DEGRÉ TEL, QU'ELLE EST RETROUVÉE NON SEULEMENT DANS LES ATTITUDES DU PATIENT MAIS EST ÉGALEMENT REPORTÉE SUR SON SOMA, SOUS FORME DE SENSATIONS PATHOLOGIQUES ET D'INTERPRÉTATIONS HYPOCONDRIQUES DE CELLES-CI.

LA PHASE PSYCHIATRIQUE EST LE POINT CULMINANT D'UN PROCESSUS PSYCHOLOGIQUE QUI AVAIT DURÉ TOUTE LA VIE : LA PRINCIPALE CARACTÉRISTIQUE DE LA PERSONNALITÉ (LA RIGIDITÉ) CONDUIT LA PERSONNE À DES RÉACTIONS-FORMATIONS PATHOLOGIQUES À DIVERS STADES DE SA CARRIÈRE, ET PRÉPARE LA VOIE AU DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHOSE À L'ÉPOQUE CRUCIALE DE TRANSITION QUE REPRÉSENTENT LES DERNIÈRES ANNÉES DE L'ÂGE DIT MOYEN.

CETTE DESCRIPTION CORRESPOND À CELLE DU CARACTÈRE OBSESSIONNEL OU ANANCASTIQUE, ANALOGUE SINON IDENTIQUE AU TYPE DÉCRIT PAR LES PSYCHANALYSTES SOUS LE NOM DE CARACTÈRE ANAL DONT FREUD EN DONNA DÈS 1908 LA DESCRIPTION PRINCEPS AVEC SES 3 CARACTÈRES.

- L'ORDRE QUI RECOUVRE À LA FOIS LA PROPRETÉ CORPORELLE ET LA CONSCIENCE APPORTÉE DANS L'ACCOMPLISSEMENT DES TÂCHES MÊME LES PLUS MESQUINES
- LA PARCIMONIE QUI PEUT-ÊTRE POUSSÉE JUSQU'À L'AVARICE
- L'OBSTINATION ENFIN

IL DONNE À CHACUN DE CES TRAITS UNE EXPLICATION ANALYTIQUE LES RATTACHANT À L'ÉROTISME ANAL ET AU PLAISIR DE LA DÉFÉCATION RETROUVÉS DANS LA PREMIÈRE ENFANCE PUISQUE POUR LUI : "LES TRAITS DE CARACTÈRE PERMANENTS SONT OU BIEN LA PERPÉTRATION DES PULSIONS ORIGINELLES SOUS UNE FORME INCHANGÉE, OU DES SUBLIMATIONS DE CELLES-CI OU DES RÉACTIONS-

FORMATIONS CONTRE ELLES. AINSI LEUR ORIGINE SE SITUE ICI DANS UNE FIXATION AU STADE SADIQUE-ANAL DE DÉVELOPPEMENT LIBIDINAL.

SIGNALONS QU'ABRAHAM NOTA LE PREMIER UN CARACTÈRE OBSESSIONNEL ET COMPULSIF DANS DES INTERVALLES LIBRES DE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE.

DEPUIS DE NOMBREUX AUTEURS ANALYTIQUES SE SONT INTÉRESSÉS À LA QUESTION ET FENICHEL CONCLUT QUE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SURVIENT SUR DES CARACTÈRES COMPULSIFS D'UNE NATURE EXCEPTIONNELLEMENT RIGIDE. CLINIENS ET ANALYSTES SONT DONC D'ACCORD SUR CE POINT.

HOVEN (1936) DIT QUE SUIVANT BUMKE CES PSYCHOSES S'OBSERVERAIENT CHEZ LES FEMMES AYANT PRÉSENTE UNE CONSTITUTION NERVEUSE HYSTÉRIQUE OU PARANOÏDE. DEPUIS ANDERSON A DÉCRIT UNE AUTRE CATÉGORIE DE SUJETS TROP INQUIETS, SOLITAIRES, TIMIDES, SENSIBLES, MAIS AUSSI RANCUNIERS, PARFOIS SUSCEPTIBLES, ENVIEUX, SOUPÇONNEUX, AVEC UNE TENDANCE À LA RUMINATION DOULOUREUSE", QU'IL RETROUVAIT AUSSI FRÉQUEMMENT QUE LES PRÉCÉDENTS. CEUX-LÀ SE RAPPROCHERAIENT DU CARACTÈRE SENSITIF DE KRETSCHMER.

ON LE VOIT DES PERSONNALITÉS PRÉ-MORBIDES DIVERSES ONT ÉTÉ DÉCRITES, LA MIEUX CONNUE, LA PLUS FRÉQUENTE ÉTANT LE CARACTÈRE OBSESSIONNEL (QU'IL NE FAUT PAS CONFONDRE AVEC LA PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE CORRESPONDANT À LA PRÉSENCE DE MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES MINEURES.)

EN FAIT LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE N'A ÉTÉ ÉTUDIÉE QUE SOUS SON ANGLE DESCRIPTIF : AUCUN TEST STANDARD CAPABLE D'ÊTRE RÉPÉTÉ N'A ÉTÉ EMPLOYÉ, CE QUI REND DIFFICILE LA COMPARAISON DES RÉSULTATS D'UN AUTEUR À L'AUTRE.

RÉSULTATS PERSONNELS

BIEN QUE NOS RÉSULTATS SOIENT LÀ ENCORE TRÈS INCOMPLETS QUISQUE LES MALADES DE CETTE ÉTUDE N'ONT FAIT L'OBJET D'AUCUNE ÉTUDE SYSTÉMATIQUE CLINIQUE OU PSYCHOMÉTRIQUE, NOUS AVONS PÛ DANS UN NOMBRE IMPORTANT DE CAS, SOIT PARCEQUE L'INTERROGATOIRE L'AVAIT RECHERCHÉE, SOIT PARCEQUE LE COMPORTEMENT DU MALADE DANS LE SERVICE OU LES RENSEIGNEMENTS QUE NOUS AVAIENT FOURNIS LA FAMILLE NOUS LE PERMETTAIENT, DÉDUIRE LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES MALADES.

LES CAS OU NOUS N'AVONS AUCUN RENSEIGNEMENT DANS CE DOMAINE DEMEURENT RARES. ET NOUS AVONS AINSI PU RÉPARTIR NOS MALADES À L'INTÉRIEUR DE CERTAINS CA-

DRES TYPOLOGIQUES QUE NOUS AVIONS FIXÉS À L'AVANCE. CES CADRES RÉPONDENT AUX DÉFINITIONS CLINIQUES CLASSIQUES.

LE TYPE OBSESSIONNEL OU ANANKASTIQUE OU COARCTÉ

DONT NOUS AVONS DÉJÀ VU LES CARACTÉRISTIQUES : SUJETS RIGIDES, MÉTICULEUX, HYPERCONSCIENCIEUX, VÉRIFICATEURS, AYANT À L'EXCÈS LE GOUT DE L'ORDRE ET DE L'ÉCONOMIE.

LE TYPE PSYCHASTHÉNIQUE DE JANET

DANS LA DESCRIPTION DUQUEL ON PEUT DISTINGUER 2 GROUPES D'ÉLÉMENTS : LE SYNDROME PSYCHOLEPTIQUE D'UNE PART DÙ À LA "BASSE TENSION PSYCHOLOGIQUE" : DIFFICULTÉS D'APPRÉHENSION DE LA RÉALITÉ, SUBJECTIVEMENT SENTIMENT D'INCOMPLITUDE, UN SYNDROME SECONDAIRE QUI DÉPEND "DE LA FORCE PSYCHOLOGIQUE" ET EN FAIT D'UNE GRANDE VARIÉTÉ DE SYMPTÔMES : DOUTE, ANGOISSE, PHOBIES, OBSESSIONS, COMPULSIONS.

CES 2 TYPES OBSESSIONNEL ET PSYCHASTHÉMIQUE SE RENCONTRENT LE PLUS SOUVENT CHEZ DES SUJETS À MORPHOLOGIE LONGILIGNE : ILS CORRESPONDENT AU TYPE LEPTOSÔME DÉCRIT PAR KRETSCHMER.

LE TYPE HYSTÉRIQUE

CARACTÉRISÉ PAR L'ÉGOCENTRISME, LA SUPERFICIALITÉ DES SENTIMENTS CONTRASTANT AVEC LE CARACTÈRE BRUYANT DE LEUR EXPRESSION, LA TENDANCE À LA FABULATION ET À LA MYTHOMANIE.

LE TYPE PARANOÏAQUE

CARACTÉRISÉ PAR LA TRIADE : RIGIDITÉ, HYPERTROPHIE DU MOI (ORGUEIL), FAUSSETÉ DU JUGEMENT.

LE TYPE SENSITIF

CARACTÉRISÉ PAR UNE HYPERSENSIBILITÉ POUR TOUTES LES EXPÉRIENCES VÉCUES AVEC INCAPACITÉ DE DÉCHARGE.

LE TYPE SCHIZOÏDE

QUI A COMME TRAITS FONDAMENTAUX L'INSENSIBILITÉ ET LA FROIDEUR AFFECTIVE.

LE TYPE DE DÉSÉQUILIBRE MENTAL, OU CARACTÈRE PSYCHOPATHIQUE

CARACTÉRISÉ PAR L'INSTABILITÉ DE L'HUMEUR ENTRAÎNANT UNE INSTABILITÉ SOCIALE ET SOUVENT MÊME LA DÉLINQUANCE.

LE TYPE SYNTONE

REPRÉSENTÉ PAR DES SUJETS BIEN ÉQUILIBRÉS, GAIS, ACTIFS.

DANS CES DIFFÉRENTES CATÉGORIES NOS SUJETS SE RÉPARTISSENT AINSI :

I - DANS LE GROUPE A

- 21 SUJETS PSYCHASTHÉNIQUES
- 13 OBSESSIONNELS
- 6 HYSTÉRIQUES
- 6 PARANOÏAQUES
- 4 SCHIZOÏDES
- 7 SYNTONES
- 2 DÉSÉQUILIBRÉS

AINSI LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE A ÉTÉ DÉFINIE DANS 59 CAS.

MAIS DANS 21 CAS CETTE PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE N'ÉTAIT PAS PRÉCISÉE.

NOUS N'AVONS MALHEUREUSEMENT PAS PU OBTENIR D'INDICE SUFFISANT PERMETTANT DE LA DEDUIRE DE L'OBSERVATION QUE NOUS POSSÉDIONS.

SI NOUS RÉUNISSONS SUJETS PSYCHASTHÉNIQUES ET SUJETS OBSESSIONNELS EN 1 GROUPE COMMUN DE 34 SUJETS, NOUS VOYONS QUE CE GROUPE REPRÉSENTE À LUI SEUL PLUS DE LA MOITIE DES CAS (55 % EXACTEMENT) OU LA PERSONNALITÉ A PU ÊTRE PRÉCISÉE.

II - SI NOUS OPÉRONS DE MÊME DANS LE GROUPE B NOUS TROUVONS :

- 4 PSYCHASTHÉNIQUES
- 1 OBSESSIONNEL
- 1 HYSTÉRIQUE
- 0 PARANOÏAQUE
- 2 SCHIZOÏDES
- 1 PSYCHOPATHE

DANS 9 CAS SUR LES 11 CAS DU GROUPE LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE A ÉTÉ PRÉCISÉE. LÀ ENCORE SI NOUS FORMONS UN GROUPE COMMUN AUX PSYCHASTHÉNIQUES ET AUX OBSESSIONNELS CE GROUPE REPRÉSENTE LA MOITIE DES SUJETS (55 %) POUR QUI LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE A ÉTÉ PRÉCISÉE.

III - DANS LE GROUPE C NOUS TROUVONS DE LA MÊME FAÇON

- 10 PSYCHASTHÉNIQUES
- 1 OBSESSIONNEL
- 1 HYSTÉRIQUE
- 1 PARANOÏAQUE
- 2 SCHIZOÏDE
- 1 DÉSÉQUILIBRÉ

DANS 3 CAS SEULEMENT NOUS N'AVONS AUCUN RENSEIGNEMENT.

LÀ ENCORE LE GROUPE COMMUN AUX PSYCHASTHÉNIQUES ET AUX OBSESSIONNELS REPRÉSENTE PLUS DE LA MOITIÉ DES CAS OÙ LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE EST CONNUE. (68 % DES CAS : POURCENTAGE PLUS FORT DU FAIT SANS DOUTE QUE LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE EST PRÉCISÉ DANS LA MAJORITÉ DES CAS, CE QUI N'ÉTAIT PAS LE FAIT DU GROUPE A.

EN CONCLUSION

LES 3 GROUPES SONT TRÈS COMPARABLES ENTRE EUX : IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE EN CE QUI CONCERNE LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE ENTRE LES GROUPES A, B ET C.

NOUS SOMMES DONC EN DROIT DE LES RÉUNIR EN UN GROUPE COMMUN QUI TOTALISE :

- 35 PSYCHASTHÉNIQUES
- 15 OBSESSIONNELS
- 8 HYSTÉRIQUES
- 8 SCHIZOÏDES
- 7 PARANOÏAQUES
- 7 SYNTONES
- 4 DÉSÉQUILIBRÉS
- 1 SENSITIF

SUR 116 SUJETS POUR 32 DESQUELS NOUS N'AVONS AUCUN RENSEIGNEMENT SUR LA QUESTION.

LE POURCENTAGE POUR CHAQUE CATÉGORIE DOIT DONC ÊTRE CALCULÉ SUR 84 SUJETS. (VOIR TABLEAU)

LÀ ENCORE LE GROUPE DES PSYCHASTHÉNIQUES ET DES OBSESSIONNELS RÉUNIS TOTALISE PLUS DE LA MOITIÉ DES CAS (58 %).

SI NOUS COMPARONS NOS RÉSULTATS À CEUX DES AUTEURS PRÉCÉDENTS NOUS TROUVONS CERTES UNE PERSONNALITÉ DE TYPE INTRAVERTI, AVEC TENDANCE AU DOUTE AUX VÉRIFICATIONS DANS PLUS DE 50 % DES CAS, POURCENTAGE NON

NÉGLIGEABLE MAIS INFÉRIEUR À CEUX QU'AVANÇAIENT LES AUTEURS PRÉCÉDENTS, QUI EUX NE FAISAIENT PAS ÉTAT D'UN CARACTÈRE DE TYPE PSYCHASTHÉNIQUE DANS LES ANTÉCÉDENTS DU MALADE.

QUANT AU CARACTÈRE OBSESSIONNEL, SON TABLEAU CLINIQUE N'EST RÉALISÉ AU PIED DE LA LETTRE QUE DANS 15 CAS (SOIT 18 % DES CAS).

EN FAIT RÉPÉTONS LE, IL S'AGIT LÀ D'UNE CLASSIFICATION PUREMENT SUBJECTIVE, SANS REPÈRES FIXES ET PRÉCIS ET PAR LÀ SANS VALEUR SCIENTIFIQUE.

ENFIN TOUT À FAIT À PART, ET POUR ÊTRE COMPLET, DISONS QUE 11 MALADES AVAIENT DES ANTÉCÉDENTS DE DÉPRESSIONS RÉACTIONNELLES AVANT 40 ANS.

ON RETROUVAIT UN FACTEUR DÉCLENCHANT :

- A) LA MORT D'UN ÊTRE CHER, OU LE PLUS SOUVENT UNE DÉCEPTION SENTIMENTALE
- B) LA NOTION D'UNE DURÉE BRÈVE : 1 À 3 MOIS ET DE L'ABSENCE DE TOUT TRAITEMENT
 - 5 AVAIENT FAIT UN ACCÈS DÉPRESSIF
 - 2 AVAIENT FAIT 2 ACCÈS DÉPRESSIF
 - 4 AVAIENT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

ENFIN CHEZ 3 MALADES IL EXISTAIT UN ALCOOLISME CHRONIQUE AYANT PRÉCÉDÉ LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION DE PLUSIEURS ANNÉES.

8°/ LES FACTEURS DÉCLENCHANTS

TOUS LES AUTEURS S'ACCORDENT POUR RETROUVER AVEC UNE TRÈS GRANDE FRÉQUENCE DES FACTEURS DÉCLENCHANTS À L'ORIGINE DE L'ACCÈS DÉPRESSIF INVOLUTIF, CECI PAR OPPOSITION À L'ACCÈS DÉPRESSIF D'UNE PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE QUI SURVIENT EN GÉNÉRAL BRUSQUEMENT ET SANS RAISON.

(SIGNALONS CEPENDANT QUE PARFOIS CEPENDANT ON INVOQUE À L'ORIGINE D'UN ACCÈS MANIAQUE OU DÉPRESSIF UNE CAUSE SOMATIQUE OU PSYCHIQUE. PARFOIS CETTE CAUSE EST INVOQUÉE SANS RAISON VALABLE, AILLEURS ELLE EST ACCESSIBLE, MAIS CEPENDANT DANS UN PETIT NOMBRE DE CAS ON TROUVE UNE CAUSE MANIFESTE : C'EST AINSI QUE SUR 288 CAS DE PSYCHOSES MANIACO DÉPRESSIVE STENDSTEDT (1952) A TROUVÉ DANS 24 CAS UN IMPORTANT FACTEUR PSYCHO- GÈNE, DANS 24 AUTRES CAS DES FACTEURS EXOGÈNES À L'ORIGINE DE L'ACCÈS).

LES FACTEURS DÉCLENCHANTS RETROUVÉS À L'ORIGINE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION (ET QUE SIGNALAIENT DÉJÀ KRACPELIN, HALBERSTADT, ETC..) SONT DES FACTEURS SOMATIQUES OU PLUS SOUVENT DES FACTEURS PSYCHIQUES.

HENDERSON ET GILLEPSIE (1927) TROUVAIENT QUE 57 % DES FEMMES TOMBAIENT MALADES SOUS L'INFLUENCE DE FACTEURS PSYCHIQUES, ET 21 % SOUS L'INFLUENCE DE FACTEURS PHYSIQUES.

PALMER ET SHERMAN (1938) TROUVAIENT ÉGALEMENT UNE PRÉDOMINANCE DE FACTEURS PSYCHIQUES (64%) CONTRE 32 % DE FACTEURS SOMATOPSYCHIQUES ET 4% DE FACTEURS SOMATIQUES PURS ; MAIS MÊME DANS CES CAS LÀ ILS FAISAIENT JOUER LE PLUS GRAND RÔLE NON PAS À L'AFFECTION PHYSIQUE MAIS AU RETEN- TISSEMENT PSYCHIQUE QU'ELLE AVAIT SUR L'INDIVIDU.

STENDSTEDT (1959) TROUVAIT DES CHIFFRES UN PEU DIFFÉRENTS :

25 % DE SES MALADES FURENT DÉPRIMÉS EN RELATION AVEC UN TRAUMATISME PSYCHIQUE

ET 36 % EN RELATION AVEC UN AUTRE FACTEUR EXOGÈNE (MALADIE SOMATIQUE, MÉNOPAUSE, SIGNES PROBABLES DE DÉMENCE).

LES CAUSES QUI FURENT LE PLUS SOUVENT INVOQUÉES SONT LES SUIVANTES :

1°/ CAUSES PSYCHIQUES :

FAMILIALES : MORT D'UN PROCHE PARENT, MALADIE D'UN ÊTRE CHER, SÉPARATION, CONFLITS.

OU SOCIALES : REVERS DE FORTUNE, DIFFICULTÉS MATEERNELLES, MISE À LA RETRAITE, CHANGEMENT DE DOMICILE, ETC...

VISCHER APPELAIT AVEC RAISON L'ÂGE INVOLUTIF "L'ÂGE DES SÉPARATIONS" EXPLIQUANT PAR LÀ LE SENTIMENT D'ANGOISSE LATENT QU'ÉPROUVENT TOUS LES HUMAINS DANS LE DERNIER TIERS DE LEUR VIE, EN SON- GEANT AUX ALÉAS DE L'AVENIR.

CHAQUE SÉPARATION PREND UNE VALEUR SYMBOLIQUE QUI PROLONGE SON ACTION DÉPRIMANTE ET PEUT MÊME DÉCLANCHER DES RÉACTIONS EN CHAÎNE.

2°/ CAUSES SOMATIQUES :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES PORTANT SURTOUT SUR L'APPAREIL GÉNITO- URINAIRE.

AFFECTIONS DIVERSES, SURTOUT LES MALADIES ASTHÉNIANTES

LA MÉNOPAUSE ENFIN DONT LE RÔLE SERA ENVISAGÉ DANS UN CHAPITRE À PART.

EN FAIT CES CAUSES DÉCLENCHANTES SONT SOUVENT MULTIPLES. PARFOIS UNE CAUSE EN APPARENCE INSIGNIFIANTE DÉCLENCHERA BRUSQUEMENT L'ACCÈS. AJOUTONS À TOUT CELA LE CLIMAT DANS LEQUEL SURVIENNENT LES INCIDENTS :

- SENTIMENT DE DÉCHÉANCE PHYSIQUE QUE CRÉ CHEZ LA FEMME LA PERTE PROGRESSIVE DE LA JEUNESSE, DE LA BEAUTÉ, DE LA FERTILITÉ.
- SENTIMENT D'AVOIR RÂTÉ SA VIE : REGRETS DE CE QUI AURAIT PU ÊTRE ET QUI N'A PAS ÉTÉ.

"C'EST POUR AINSI DIRE L'EXAGÉRATION MORBIDE DE CE SENTIMENT DE DÉCHÉANCE PROGRESSIVE QU'ÉPROUVENT AUSSI LES GENS BIEN-PORTANTS" DISAIT DÉMÀ KRACPELIN.

EN FAIT SI L'ON RETROUVE ASSEZ SOUVENT UNE CAUSE IMMÉDIATEMENT DÉCLENCHANTE L'INTERROGATOIRE APPREND PARFOIS QUE LE DÉBUT DE L'AFFECTION A ÉTÉ PROGRESSIF, ET A PRÉCÉDÉ DE PLUSIEURS SEMAINES OU PLUSIEURS MOIS L'ÉVÈNEMENT INVOQUÉ.

AUSSI LE RÔLE DES FACTEURS DÉCLENCHANTS MÉRITE-T-IL D'ÊTRE DISCUTÉ : CAUSE RÉELLE QUI FERAIT DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION UNE DÉPRESSION RÉACTIONNELLE SURVENANT À UNE ÉPOQUE PARTICULIÈRE DE L'EXISTENCE, D'OÙ LEUR ASPECT ATYPIQUE

OU PLUTÔT CAUSE OCCASIONNELLE VENANT SE GREFFER SUR LE PROCESSUS MÊME DE LA SÉNESCENCE.

LE PROBLÈME EST LOIN D'ÊTRE RÉGLÉ.

RÉSULTATS PERSONNELS

1°/ DANS LE GROUPE A

UN FACTEUR DÉCLENCHANT A ÉTÉ RETROUVÉE 58 FOIS (SOIT DANS 67 % DES CAS)

IL S'AGISSAIT D'UN FACTEUR PSYCHIQUE DANS 46 CAS (80 %)

D'UN FACTEUR SOMATIQUE

ET PSYCHIQUE ASSOCIÉS DANS 3 CAS (5%)

D'UN FACTEUR SOMATIQUE DANS 9 CAS (15 %)

2°/ DANS LE GROUPE B

UN FACTEUR DÉCLENCHANT A ÉTÉ RETROUVÉ 8 FOIS (SOIT DANS 72 % DES CAS)

IL S'AGISSAIT D'UN FACTEUR PSYCHIQUE DANS 7 CAS (87 %)

D'UN FACTEUR SOMATIQUE DANS 1 CAS (12 %)

3°/ DANS LE GROUPE C

UN FACTEUR DÉCLENCHANT A ÉTÉ RETROUVÉ 14 FOIS (SOIT DANS 73 % DES CAS)

IL S'AGISSAIT D'UN FACTEUR PSYCHIQUE DANS 12 CAS (85 %)
D'UN FACTEUR SOMATIQUE
ET PSYCHIQUE ASSOCIÉS DANS 1 CAS (7 %)
D'UN FACTEUR SOMATIQUE DANS 1 CAS (7 %)

EN CONCLUSION

IL FAUT REMARQUER QUE NOS 3 GROUPES A, B ET C NE DIFFÉRENT ABSOLUMENT PAS EN CE QUI CONCERNE LA PRÉSENCE OU L'ABSENCE D'UN FACTEUR DÉCLENCHANT À L'ORIGINE DE L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE, PUISQUE DANS LES 3 GROUPES NOUS TROUVONS DANS LES 2/3 DES CAS UN FACTEUR DÉCLENCHANT QUI SE RÉVÈLE ÊTRE LE PLUS SOUVENT UN TRAUMATISME PSYCHIQUE. NOUS SOMMES DONC EN DROIT DE CONSIDÉRER NOTRE POPULATION DE MALADES DANS SON ENSEMBLE POUR JUGER DE LA FRÉQUENCE DES FACTEURS DÉCLENCHANTS.

NOUS TROUVONS AINSI POUR NOS 116 MALADES :

UN FACTEUR DÉCLENCHANT DANS 80 CAS (SOIT DANS 69 % DES CAS)

LES FACTEURS DÉCLENCHANTS SE RÉPARTISSENT COMME SUIT :

- FACTEURS PSYCHIQUES : 65 (SOIT 81 % DES CAUSES DÉCLENCHANTES)
- FACTEURS SOMATO-PSYCHIQUES : 5 (SOIT 5 % DES CAUSES DÉCLENCHANTES)
- FACTEURS SOMATIQUES : 11 (SOIT 13 % DES CAUSES DÉCLENCHANTES)

POUR LE DÉTAIL DES FACTEURS EN JEU, VOIR TABLEAUX.

9°/ LE TERRAIN CLINIQUE

SUR LEQUEL SE DÉVELOPPE LES MÉLANCOLIE D'INVOLUTION A PEU INTÉRESSÉ LES AUTEURS EN DEHORS DES PHÉNOMÈNES D'ARTÉRIO-SCLÉROSE, ET SI TOUS S'ACCORDENT ACTUELLEMENT POUR NE PAS VOIR EN EUX LA CAUSE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, IL EST INCONTESTABLE, QU'ILS PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉS À LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION LA PLUS AUTHENTIQUE.

LE SYPHILIS, DES FACTEURS TOXI-INFECTIEUX, MODIFICATIONS ENDOCRINIENNES, NEURO-VÉGÉTATIVES ET BIOLOGIQUES DIVERSES ONT BIEN SÛR ÉTÉ PROPOSÉES POUR EXPLIQUES LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

MAIS AUCUN TRAVAIL SCIENTIFIQUE N'EST VENU CORROBORER CES HYPOTHÈSES (GAUSSEN, REGIS, BUMKE).

RÉCEMMENT CERTAINS AUTEURS, AYANT CRU VOIR UNE RESSEMBLANCE AVEC LES MIGRAINES QU'ILS TROUVAIENT SOUVENT ASSOCIÉES À LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ON VOULU FAIRE DE CETTE DERNIÈRE UNE "MALADIE DE L'ADAPTATION"

DES SYSTÈMES SYMPATHIQUE ET PARASYMPATHIQUE (LANCASTER).

EN FAIT, IL SEMBLE QUE LE TERRAIN CLINIQUE SOIT TOUT À FAIT SECONDAIRE DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

RÉSULTATS PERSONNELS

NOUS NOUS CONTENTERONS ICI D'ÉNUMÉRER LES ANTÉCÉDENTS OU LES AFFECTIONS CLINIQUES CONCOMMITTANTES QUI EXISTAIENT CHEZ NOS MALADES.

- 9 ÉTAIENT DES HYPERTENDUS NOTOIRES
DONT LA T.A. MAXIMA DÉPASSAIT TOUJOURS 17
QUI CONNAISSAIT LEUR AFFECTION DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES
(CETTE DERNIÈRE AYANT ENTRAÎNÉ CHEZ UN MALADE UN INFARCTUS DU MYO-
CARDE, ET CHEZ UNE AUTRE UN ICTUS HÉMIPHÉGIQUE BREF AYANT COMPLÈ-
TEMENT GUÉRI).

MAIS CETTE PROPORTION D'ENVIRON 8 % D'HYPERTENDUES SE RETROUVERAIT PROBABLEMENT DANS UNE POPULATION CHOISIE AU HASARD DE 115 FEMMES AYANT ENTRE 45 ET 60 ANS ET N'AYANT JAMAIS FAIT DE MÉLANCOLIE.

- 5 MALADES AVAIENT DES ANTÉCÉDENTS DE SYPHILIS ANCIENNE TRAITÉE ET GUÉRIE MAIS LÀ ENCORE ON POURRAIT FAIRE LA MÊME REMARQUE QUE PRÉCÉ-
DEMMENT.
- 4 AVAIENT DES ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE
- 4 MALADES AVAIENT DES MANIFESTATIONS DU TYPE DE MIGRAINE OU D'ECZÉMA
- 2 AVAIENT DES TROUBLES ENDOCRINIENS DE LA SPHÈRE THYROIDIENNE (POUR
LE RESTE VOIR TABLEAU).

ON NE PEUT TIRER AUCUN RENSEIGNEMENT VALABLE DE CES QUELQUES RÉSULTATS LES AFFECTIONS SOMATIQUES PRÉCITÉES ÉTANT SANS DOUTE DE SIMPLS COINCIDENCES AVEC LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

EN CONCLUSION DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES INVOQUÉS

ON DOIT RETENIR :

- 1°/ L'EXISTENCE D'UN FORT POURCENTAGE DE MALADES MENTAUX DANS LES FAMILLES DE MÉLANCOLIQUES INVOLUTIFS (33 %).
DANS AU MOINS 10 % DES CAS IL S'AGIT D'UNE HÉRÉDITÉ MANIACO DÉPRESSIVE.
DANS 4,3 % DES CAS, D'UNE HÉRÉDITÉ SCHIZOPHRÉNIQUE.
CES RÉSULTATS NE NOUS PERMETTENT PAS DE TRANCHER ENTRE CEUX QUI AU
POINT DE VUE GÉNÉTIQUE APPARENTENT LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION À LA

SCHIZOPHRÉNIE, (KALLMANN) CEUX QUI L'APPARENTENT À LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE (STENDSTEDT), OU CEUX QUI EN FONT UNE ENTITÉ DIFFÉRENTE À LA FOIS DE L'UNE ET DE L'AUTRE MALADIE.

2°/ LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES MÉLANCOLIQUES D'INVOLUTION A ÉTÉ NOTÉE COMME ANORMALE DANS LE PLUS GRAND NOMBRE DES CAS.

DANS 57 % DES CAS OU ELLE A ÉTÉ PRÉCISÉE C'EST LE TYPE PSYCHASTHÉNIQUE ET OBSESSIONNEL, DÉJÀ CONNU DES VIEUX AUTEURS QUI A ÉTÉ RETROUVÉ.

CITONS ENCORE UN POURCENTAGE NON NÉGLIGEABLE DE SUJETS HYSTÉRIQUES (7 %) SCHIZOÏDES (7 %) OU PARANOÏAQUES (6 %).

MAIS LES SUJETS NORMAUX (OU SYNTONES) CONSTITUENT UNE INFIME MINORITÉ.

3°/ DES FACTEURS DÉCLENCHANTS ONT ÉTÉ TROUVÉS À L'ORIGINE DE L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE DANS LES 2/3 DES CAS.

CE FACTEUR ÉTAIT LE PLUS SOUVENT UN FACTEUR PSYCHIQUE (80 % DES CAS).

MAIS SI CE FACTEUR TRAUMATIQUE SEMBLE AVOIR IMMÉDIATEMENT PRÉCÉDÉ L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE DANS UN BON NOMBRE DE CAS, AILLEURS IL AVAIT PRÉCÉDÉ L'ACCÈS DE PLUSIEURS MOIS OU ANNÉES AU POINT QU'ON SE DEMANDE S'IL ÉTAIT RÉELLEMENT EN CAUSE, OU BIEN S'IL EST VENU SE GREFFER SUR UN FOND DE TRISTESSE OU DE SOUCIS PLUS ANCIEN, REPRÉSENTANT LA GOUTTE D'EAU QUI FAIT DÉBORDER LE VASE, MAIS ALORS IL PERD DE SON IMPORTANCE CAR TOUT TRAUMATISME QUEL QUE SOIT SA NATURE OU SON IMPORTANCE AURAIT EU LE MÊME EFFET, ET PERSONNE N'EST À L'ABRI DES TRAUMATISMES SURTOUT À CET ÂGE : OR CEUX QUI FONT UNE DÉPRESSION D'INVOLUTION SONT LA MINORITÉ.

TABLEAUX RECAPITULATIFS CONCERNANT CERTAINS POINTS
PARTICULIERS DE L'ETIOLOGIE

1°/ RÉPARTITION DES MALADES SELON LEUR STATUT MARITAL

	GROUPES A (86 MALADES)	GROUPES B (11 MALADES)	GROUPES C (19 MALADES)
MARIÉS	52	7	15
VEUVES	14	0	0
CÉLIBATAIRES	10	2	2
DIVORCÉES	10	2	2

2°/ RÉPARTITION DES MALADES SELON LA CLASSE SOCIALE À LAQUELLE ILS APPARTIENNENT : CLASSE III : OUVRIERS CULTIVATEURS

CLASSE II : COMMERÇANTS - PETITE ET MOYENNE BOURGEOISIE

CLASSE I : PROFESSIONS LIBÉRALES - GRANDE BOURGEOISIE

CLASSE I	2	1	0
CLASSE II	12	3	3
CLASSE III	72	7	16

3°/ MORBIDITÉ (EN DEHORS DE LA DÉPRESSION)

AFFECTION	NOMBRE DE CAS	MORBIDITE %
SCHIZOPHRÉNIE	5	4,3
PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE	6	5,2
ALCOOLISME CHRONIQUE	5	4,3
DÉMENCE SÉNILE	2	1,7
DÉBILITÉ	2	1,7
EPILEPSIE	1	0,8

I - MORBIDITÉ EN DEHORS DE LA DÉPRESSION PARMİ LES ASCENDANTS

AFFECTION	NOMBRE DE CAS	MORBIDITE EN %
SCHIZOPHRÉNIE	2	1,7
PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE	3	2,6
ALCOOLISME CHRONIQUE	5	4,3
DÉMENCE SÉNILE	2	1,7
DÉBILITÉ	0	0
EPILEPSIE	1	0,8

II - MORBIDITÉ EN DEHORS DE LA DÉPRESSION PARMİ LES DESCENDANTS

SCHIZOPHRÉNIE	3	2,6
PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE	1	0,8
DÉBILITÉ	2	1,7
EPILEPSIE	0	0

III - MORBIDITÉ DÉPRESSIVE PARMİ LES ASCENDANTS

PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE	3	2,6
MÉLANCOLIE D'INVOLUTION	2	1,7
DÉPRESSION RÉACTIONNELLE (SUICIDE)	3	2,6
DÉPRESSION DE LA SÉNILITÉ	1	0,8

IV - MORBIDITÉ DÉPRESSIVE PARMİ LES COLLATÉRAUX

PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE	7	6,0
MÉLANCOLIE D'INVOLUTION	2	1,7
SUICIDE (CAUSE)	1	0,8

V - MORBIDITÉ DÉPRESSIVE CHEZ LES DESCENDANTS

PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE	2	1,7
MÉLANCOLIE D'INVOLUTION	0	0
DÉPRESSION RÉACTIONNELLE	0	0

I - TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES PERSONNALITÉS PRÉ-MORBIDES DANS CHAQUE GROUPE.

	GROUPE A			GROUPE B			GROUPE C		
	NB DE CAS	NB CAS PRÉCISÉS	% CAS PRÉCISÉS	NB DE CAS	NB CAS PRÉCISÉS	% CAS PRÉCISÉS	NB DE CAS	NB CAS PRÉCISÉS	% CAS PRÉCISÉS
PSYCHASTHÉNIQUES	21	59	36	4	9	44	10	16	62
OBSESSIONNELS	13	61	22	1	9	11	1	16	6
HYSTÉRIQUES	6	61	10	1	9	11	1	16	6
PARANOÏAQUES	6	61	10	0	9	0	1		6
SCHIZOÏDES	4	61	7	2		22	2		12
SYNTONES	7	61	11	0		0	0		0
DÉSÉQUILIBRÉS	2	61	3	1		11	1		6

II - DANS LA TOTALITÉ DES CAS

	NOMBRE DE CAS	% DES CAS PRÉCISÉS (84)	% SUR LE TOTAL (116)
PSYCHASTHÉNIQUES	35	42	30
OBSESSIONNELS	15	18	13
HYSTÉRIQUES	8	10	7
SCHIZOÏDES	8	10	7
PARANOÏAQUES	7	8	6
SYNTONES	7	8	6
DÉSÉQUILIBRÉS	4	4	3
NON PRÉCISÉ	32		27

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES CAUSES DECLENCHANTES

I - FACTEURS PSYCHIQUES

NOMBRE TOTAL DE CAS 65	CAUSE	NOMBRE DE CAS
CAUSES 37 CAS FAMILIALES	1°/ DÉCÈS OU MALADIE D'UN ÊTRE CHER 2°/ SITUATION CONFLICTUELLE 3°/ SÉPARATION AVEC LE FILS 4 AVEC LE MARI 2	20 11 6
CAUSES 18 CAS MATÉRIELLES	1°/ DIFFICULTÉS SOCIALES DE TRAVAIL 6 D'ARGENT 6 2°/ CHANGEMENTS DES CONDITIONS DE VIE (LIEU, EMPLOI, DO- MICILE)	12 6
CHOC ÉOTIONNEL 10 CAS	CAUSES VARIÉES, EN GÉNÉRAL BRUTALES	10

II - FACTEURS SOMATIQUES

INTERVENTIONS CHIRURGICALES 5 CAS	HYSTÉRECTOMIE	4
	INTERVENTION SUR HÉMMORROÏDES	1
MALADIES 5 CAS	ICTUS	1
	RHUMATISME AIGU	2
	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE	1
	ABCÈS DU POUMON	1
	AFFECTION BUCALE	1

III - FACTEURS SOMATO-PSYCHIQUES

INTERVENTION CHIRURGICALE + CHOC ÉOTIONNEL	HYSTÉRECTOMIE	1
HÉMMORRAGIE UTÉRINE ABONDANTE + DIFFICULTÉS FAMILIALES		1
NÉVRALGIE FACIALE + DIFFICULTÉS SOCIALES		1

V - ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

I - DESCRIPTION CLINIQUE

1°/ LE DÉBUT

SERAIT D'APRÈS GAUSSEN GÉNÉRALEMENT LENT AVEC DES PRODOMES.

CETTE LONGUE PHASE PRÉCESSIVE EST RETROUVÉE À L'INTERROGATOIRE DES FAMILLES QUI AVAIENT SOUVENT REMARQUÉ DÉJÀ TOUT UN CORTÈGE DE SIGNES INSTALLÉS À BAS BRUIT : ENNUI, LASSITUDE, TRISTESSE, DÉGOUT DE LA SITUATION, PRÉOCCUPATIONS HYPOCONDRIQUES, CARDIAQUES, DIGESTIVES, ALGIQUES D'EMBLÉE IMPORTANTES.

ET SURTOUT ON RETROUVE AVEC UNE CONSTANCE REMARQUABLE L'INSOMNIE QUI S'EST INSTALLÉS TÔT ET N'A FAIT QUE CROÎTRE DEPUIS.

ANOREXIE, AMAIGRISSEMENT SONT DES SIGNES PLUS CONTINGENTS.

PALMER ET SHERMAN (1938) CONSIDÈRENT QUE DURANT LA LONGUE PHASE PRODOMIQUE LA MALADIE A UN HAUT DEGRÉ DE PRÉDICABILITÉ. LE PROCESSUS INVOLUTIF TEND À SE CRISTALLISER SEULEMENT À LA DERNIÈRE MINUTE, SOUS L'EFFET D'UN TRAUMATISME ADDITIONNEL (GÉNÉRALEMENT DE NATURE PSYCHIQUE).

RÉSULTATS PERSONNELS

DANS LE GROUPE A

LE DÉBUT BRUTAL DANS 30 CAS	(34 %)
PROGRESSIF DANS 52 CAS	(60 %)
(DANS 4 CAS CE N'ÉTAIT PAS PRÉCISÉ)	

DANS LE GROUPE B

LE DÉBUT A ÉTÉ BRUTAL DANS 3 CAS	(27 %)
PROGRESSIF DANS 8 CAS	(73 %)

DANS LE GROUPE C

LE DÉBUT A ÉTÉ BRUTAL DANS 9 CAS	(47 %)
PROGRESSIF DANS 10 CAS	(53 %)

POUR LA DURÉE AVANT L'HOSPITALISATION (VOIR TABLEAU)

EN FAIT CETTE DURÉE AVANT L'HOSPITALISATION NE REFLÈTE PAS EXACTEMENT LA DURÉE DU DÉBUT : CETTE DERNIÈRE RESTE TRÈS IMPRÉCISE PUISQU'ON L'A

VU LE DÉBUT SURVIENT À BAS BRUIT. D'AUTRE PART CERTAINES PERSONNES ATTENDENT D'ÊTRE PLUS GRAVEMENT ATTEINTES QUE D'AUTRES AVANT DE SE DÉCIDER À VENIR À L'HOPITAL.

EN CONCLUSION

LES GROUPES A ET B COMPORTENT ENVIRON $1/3$ DE DÉBUT AIGUS POUR $2/3$ DE DÉBUTS PROGRESSIFS.

LE GROUPE C COMPORTE LA $1/2$ DE DÉBUT AIGUS ET LA $1/2$ DE DÉBUT PROGRESSIFS. (IL SEMBLE DONC QUE CE GROUPE QUI EST CELUI DES MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS MANIACO-DÉPRESSIFS SE COMPORTE PLUTÔT À CET EFFET COMME LES DÉPRESSIONS PÉRIODIQUES).

EN FAIT SI L'ON SE REPORTE AUX DURÉES DE LA MALADIE AVANT L'HOSPITALISATION, CES PROPORTIONS NE SONT PAS CONSERVÉES. IL Y A MÊME UN PLUS FORT POURCENTAGE DE DÉLAIS BREFS (36 %) DANS LE GROUPE A QUE DANS LE GROUPE C (21 %).

ON NE POURRA DONC PAS DÉDUIRE DE CE MODE DE DÉBUT UN CARACTÈRE DISTINCTIF ENTRE LES GROUPES A, B D'UNE PART ET C DE L'AUTRE.

2°/ A LA PÉRIODE D'ÉTAT

LE TABLEAU EST CELUI D'UN ÉTAT MÉLANCOLIQUE QUE NOUS NE DÉCRIRONS PAS ICI, AVEC CEPENDANT QUELQUES VARIANTES DU PLUS HAUT INTÉRÊT. EN EFFET KRACPELIN DÉJÀ AVAIT INSISTÉ SUR CES CARACTÈRES PARTICULIERS DE LA CLINIQUE : C'ÉTAIT LE PRINCIPAL ARGUMENT QU'IL AVANÇAIT À L'APPUI DE SA DISTINCTION DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION DU CADRE DES PSYCHOSES PÉRIODIQUES.

CES CARACTÈRES PROPRES À LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SONT :

- L'ABSENCE D'INHIBITION : CE QUI PERMET À L'ANXIÉTÉ, QUI CONSTITUE LA TOILE DE FOND DE TOUTES LES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION, DE SE DONNER LIBRE COURS SOUS FORME D'UNE INSTABILITÉ PSYCHO-MOTRICE PERMANENTE. CES MALADES NE TIENNENT PAS EN PLACE, DÉAMBULENT SANS CESSER, TREMBLENT SE TORDENT LES MAINS, PLEURENT, GÉMISSENT. PARFOIS ILS ONT DES VÉLLÉITÉS DE FUGUES.

AU MAXIMUM PEUT EXISTER UNE EXCITATION PSYCHOMOTRICE TRÈS VIVE RENDANT LE MALADE DANGEREUX POUR LUI-MÊME ; D'AUTANT PLUS QUE LES TENTATIVES DE SUICIDE SONT PARTICULIÈREMENT À CRAINDRE CHEZ CES MALADES QUI PASSENT PLUS FACILEMENT QUE LES DÉPRIMÉS RALENTIS AU STADE DE RÉALISATION.

SOUVENT CES MALADES PARLENT PEU : LE MUTISME EST FRÉQUENT. MAIS AILLEURS ILS PARLENT AVEC ABONDANCE EXPRIMANT LEURS PRÉOCCUPATIONS. DOULOUREUSES SUR UN MODE BRUYANT, DÉCLAMATOIRE, GRANDILOQUENT, THÉÂTRAL QUI A FAIT PARLER DE "RÉACTIONS HYSTÉRIFORMES" (KEHRER, RUNGE, JACOBI, GAUPP).

ON A MÊME DÉCRIT DES MANIFESTATIONS PSYCHO-MATRICES À TYPE DE CRISES NÉVROPATHIQUES, ATTITUDES PASSIONNELLES STÉRÉOTYPÉES, VOIRE ACCIDENTS CATALEPTIQUES.

- L'HUMEUR EST HABITUELLEMENT HOSTILE : LE MALADE REFUSANT LA SYMPATHIE ET LES SECOURS.

PARFOIS CES TROUBLES CONFIENT AUX ATTITUDES D'OPPOSITION SYSTÉMATIQUE AVEC REFUS DE SOINS, REFUS D'ALIMENTS VOIRE INCONTINENCE VOLONTAIRE : C'EST LE TABLEAU DU NÉGATIVISME (CITÉ PAR HOVEN, COULLON, ETC.)

- À CE TABLEAU S'AJOUTENT FRÉQUEMMENT DES IDÉES DÉLIRANTES :

ON Y RETROUVE LES THÈMES MÉLANCOLIQUES NOTAMMENT :

L'AUTOACCUSATION SOUS TOUTES SES FORMES (REMORDS D'UNE FAUTE PASSÉE, SENTIMENT DE CULPABILITÉ, D'INDIGNITÉ QUI PREND PARFOIS UN ASPECT MONSTRUEUX OU GROTESQUE : L'IMPORTANCE DES CONFLITS SEXUELS PLUS OU MOINS ANCIENS APPARAÎT PARFOIS DE FAÇON MANIFESTE SOUS FORMES D'AUTOACCUSATION POUR DES FAUTES SEXUELLES, POUR DES AFFAIRES DE MOEURS, POUR INCESTE, ETC...).

LES IDÉES D'IMPUISSANCE, DE RUINE, SONT MONNAIE COURANTE.

PLUS INTÉRESSANTS À CONSIDÉRER SONT LES DÉLIRES HYPOCONDRIQUES PARTICULIÈREMENT FRÉQUENTS ET SOUVENT FORT BIEN DÉVELOPPÉS.

A UN DEGRÉ DE PLUS ILS RÉALISENT UN DÉLIRE DES NÉGATIONS, NÉGATION D'ORGANES, NÉGATION DU FONCTIONNEMENT DES ORGANES, IMPRESSION D'OBSTRUCTION VISCÉRALE, DE DÉSAGRÉGATION, SENTIMENT DE TRANSFORMATION CORPORELLE.

SOUVENT COMME L'A MONTRÉ COTARD AUX IDÉES DE NÉGATION ET DE TRANSFORMATION S'ADJOIGNENT UN DÉLIRE D'ÉNORMITÉ ET D'IMMORTALITÉ MALHEUREUSE. STENDSTEDT (1959) RENDONTE UN TEL SYNDROME CHEZ 10 % DE SES MÉLANCOLIQUES INVOLUTIFS MAIS NE LUI ACCORDE AUCUNE SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE.

AILLEURS LE DÉLIRE PEUT PRENDRE L'ASPECT D'UN DÉLIRE DE PERSÉCUTION AVEC SENTIMENT DE FRUSTATION ET DE PRÉJUDICE.

ENFIN IL FAUT SOULIGNER DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION UNE ACTIVITÉ

HALLUCINATOIRE BEAUCOUP PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉE QUE DANS LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE.

HALLUCINATIONS PSYCHIQUES, PSYCHO-MATRICES, CÉNESTHÉSQUES, AUDITIVES (VOIX ACCUSATRICES,) OU MÊME VISUELLES (VISIONS TERRIFIANTES)

LES HALLUCINATIONS SENSORIELLES QUE L'ON RENCONTRE CHEZ CES MALADES NE SÉRAIENT PAS DE VÉRITABLES HALLUCINATIONS MAIS PLUTÔT DES ILLUSIONS, DES INTERPRÉTATIONS, DES MANIFESTATIONS ONIRIQUES (GAUSSEN). ET EN EFFET ELLES ENTRENT PARFOIS DANS LE CADRE D'UN ÉTAT ONIROÏDE AVEC SUBCONFUSION.

ELLES ABOUTISSENT EN GÉNÉRAL À DES DÉLIRES PEU SYSTÉMATISÉS MAIS FIXES ET MONOTONES.

PALMER ET SHERMAN RETROUVAIENT DES TRAITS PARANOÏDES CHEZ 56 % DE LEURS MALADES.

DES TROUBLES DE LA CONSCIENCE ET DE LA PERSONNALITÉ À TYPE DE SENSATION D'IRRÉALITÉ, D'ALTÉRATION DU SENTIMENT, D'APPROPRIATION CORPORELLE (LE SUJET NE RECONNAÎT PLUS SES SENSATIONS COMME SIENNES, A L'IMPRESION D'ÊTRE DÉDOUBLE), ONT À JUSTE TITRE ÉTÉ REMARQUÉS PAR GAUSSEN. ET SI SUR LE PLAN INTELLECTUEL, S'IL EST VRAI COMME LE DISAIT HALBERSTADT QUE LES SUJETS SONT HABITUELLEMENT LUCIDES, MNÉSQUES ET BIEN ORIENTÉS, GAUSSEN EN ANALYSANT LES FONCTIONS INTELLECTUELLES DE SES MALADES A REMARQUE :

- UNE CERTAINE DIFFICULTÉ À S'ORIENTER PARFOIS
- UN CERTAIN DEGRÉ DE RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP DE LA CONSCIENCE.

ENFIN LA PRÉSENCE DE RUMINATIONS OBSÉDANTES, VOIRE DE VÉRITABLES OBSESSIONS A ÉTÉ DÉCRITE.

LÀ SE POSE LE PROBLÈME DE SAVOIR SI ELLES SONT SYMPTOMATIQUES D'UNE NÉVROSE OBSESSIONNELLE ANCIENNE OU SI ELLES FONT PARTIE DU TABLEAU DE LA MÉLANCOLIE : ON CONNAÎT L'EXISTENCE DE TELLES OBSESSIONS,

- AYANT UN CARACTÈRE ESSENTIELLEMENT AFFECTIF
- PRÉCÉDENT ET ACCOMPAGNANT L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE (ET ANNONÇANT L'ACCÈS EN CAS DE PSYCHOSE PÉRIODIQUE)
- POUVANT ÉVOLUER VERS LE DÉLIRE.

MAIS EN PÉRIODE INVOLUTIVE, LORSQUE LES OBSESSIONS APPARAISSENT DANS UN TABLEAU MÉLANCOLIQUE PRÉVALENT LE DIAGNOSTIC ENTRE LES 2 AFFECTIONS PEUT-ÊTRE TRÈS DIFFICILE.

ENFIN LES TROUBLES PHYSIQUES SONT TOUJOURS PLUS GRAVES DANS UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION QUE DANS UNE PSYCHOSE PÉRIODIQUE, AMAIGRISSEMENT SOUVENT IMPORTANT LIÉ PARFOIS AU REFUS D'ALIMENTS, DÉNUTRITION, DÉSHYDRATATION, RÉCLAMANT UN TRAITEMENT D'URGENCE.

DES FORMES CLINIQUES INNOMBRABLES ONT ÉTÉ DÉCRITES DE LIMITES ASSEZ FLOUES IL FAUT BIEN LE DIRE. EN FAIT ELLES MÉRITENT À PEINE D'ÊTRE INDIVIDUALISÉES : CONTENTONS NOUS DE SIGNALER

1°/ LES FORMES DÉLIRANTES

DÉJÀ RENCONTRÉES AU PASSAGE : ICI LES IDÉES HYPOCONDRIQUES, D'AUTOACCUSATIONS OU DE PERSÉCUTION SONT ALIMENTÉES PAR DES INTERPRÉTATIONS, DES ILLUSIONS, DES HALLUCINATIONS, DES PHASES D'ACTIVITÉ ONIRIQUE ; ON A PARLÉ À LEURS PROPOS DE DÉLIRES SECONDAIRES À LA MÉLANCOLIE.

LEUR ABSENCE DE SYSTÉMATISATION PERMET EN PRINCIPE DE LES DISTINGUER DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES MAIS ON SAIT TOUTES LES DIFFICULTÉS QU'ON RENCONTRE DANS DE TELS CAS À FAIRE LE DÉPART ENTRE MÉLANCOLIE DÉLIRANTE, ET ÉTAT DÉPRESSIF AU COURS OU AU DÉBUT D'UN DÉLIRE CHRONIQUE. (C'EST DANS CE CADRE QUE SE SITUE LE DÉLIRE MÉLANCOLIQUE FANTASTIQUE DE REHM ET HALBENSTADT : CARACTÉRISÉ PAR L'ABSURDITÉ ET L'INCOHÉRENCE DES THÈMES AVEC PÉRIODES D'AGITATION FRÉQUENTES.)

2°/ LES FORMES ANXIEUSES

POUVANT ÉVOQUER UN ÉTAT MIXTE

OU L'EXCITATION EST PRÉDOMINANTE AVEC LOGORRHÉE ET INSTABILITÉ IMPORTANTES.

(STENDSTEDT (1959) LES ÉVALUE À 13 % DE SON MATÉRIEL TOTAL, CE QUI NE PARAÎT PAS TRÈS ÉLEVÉ ; IL PENSE D'AILLEURS QUE DES FACTEURS HÉRÉDITAIRES ENTRENT DANS L'ÉTIOLOGIE DE TELLES FORMES).

3°/ LES FORMES STUPOREUSES

SERAIENT PLUS RARES (STENDSTEDT EN TROUVE CEPENDANT 20 % ET CONSIDÈRE QUE CONTRAIREMENT AUX FORMES PRÉCÉDENTES, CELLES-LÀ NE SERAIENT PAS DES MALADIES GÉNÉTIQUES).

4°/ CITONS LA MÉLANCOLIE MALIGNE PRÉSÉNILE

(AVEC AGITATION MARQUÉE CONFUSION GRAVE ET ÉVOLUTION RAPIDE VERS LA MORT).

5°/ DES FORMES BÉNIGNES

OU LES ÉLÉMENTS NÉVROTiques SONT AU PREMIER PLAN.

ENFIN IL FAUT AVANT DE TERMINER CE CHAPITRE CLINIQUE INSISTER TOUT PARTICULIÈREMENT SUR LA FRÉQUENCE DES SUICIDES.

KIELHOLZ À QUI NOUS DEVONS UNE INTÉRESSANTE ÉTUDE SUR LE PROBLÈME DU SUICIDE AFFIRME : "UNE EXTRÊME PRUDENCE S'IMPOSE AVEC LES MALADES ATTEINTS DE DÉPRESSIONS INVOLUTIVES, CAR LEURS TENTATIVES DE SUICIDES SONT PRESQUE TOUJOURS SÉRIEUSES : 12 % D'ENTRE EUX D'APRÈS NOS PROPRES OBSERVATIONS PARVIENNENT À LEURS FINS MALGRÉ LES SOINS ASSIDUS BONT ILS SONT L'OBJET;"

CETTE FRÉQUENCE PLUS GRANDE DES SUICIDES DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION PAR RAPPORT AUX AUTRES ÉTATS DÉPRESSIFS S'EXPLIQUE ICI PAR L'ABSENCE D'INHIBITION. ELLE EST PLUS GRANDE CHEZ L'HOMME QUE CHEZ LA FEMME, PLUS GRANDE DANS LES VILLES QUE DANS LES CAMPAGNES ET LE DANGER SUICIDAIRE EST ACCRU PAR :

- 1°/ UNE PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE SUICIDAIRE
- 2°/ DES TENTATIVES DE SUICIDE ANTÉRIEURES
- 3°/ LA FORME ANXIEUSE DE L'ÉTAT DÉPRESSIF, LES PAROXYSMES SUBITS ET L'AGGRAVATION DE L'ÉTAT DÉPRESSIF
- 4°/ LE SENTIMENT DE NE PLUS SERVIR À RIEN NI À PERSONNE
- 5°/ L'ABANDON, L'ISOLEMENT, LE DÉRACINEMENT
- 6°/ UNE ABSENCE DE SENTIMENT RELIGIEUX
- 7°/ DES SOUCIS FINANCIERS
- 8°/ DES MALADIES GRAVES ET DOULOUREUSES

ET L'ON VOIT QUE NOMBRE DE CES CONDITIONS SE TROUVENT RÉALISÉES DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

RÉSULTATS PERSONNELS

CHAQUE GROUPE A, B ET C SERA TRAITÉ SÉPARÉMENT POUR JUGER D'ÉVENTUELLES DIFFÉRENCES DANS LE TABLEAU CLINIQUE D'UN GROUPE À L'AUTRE. NOUS ENVISAGEONS AINSI SUCCESSIVEMENT :

A) L'INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION

B) L'ASPECT RÉALISÉ : MÉLANCOLIE AVEC INHIBITION OU MÉLANCOLIE AVEC AGITATION

ANXIEUSE

C) LES SIGNES DÉPRESSIFS

D) LES MANIFESTATIONS UN PEU PARTICULIÈRES : DÉPERSONNALISATION

OBSSESSIONS

THÈMES DÉLIRANTS

HALLUCINATIONS

E) LA TENDANCE SUICIDAIRE

F) L'ÉTAT PHYSIQUE DU MALADE

I - DANS LE GROUPE A (QUI EST CELUI DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION DITES PURES)

A) L'INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION

JUGÉE SUR LA GRAVITÉ DES SIGNES DÉPRESSIFS, DE L'ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL ET DES IDÉES DE SUICIDE, NOUS A PERMIS DE DISTINGUER :

1°/ DES FORMES SÉVÈRES

- OÙ LE TABLEAU MÉLANCOLIQUE ÉTAIT AU COMPLET ET OÙ L'AGITATION LES TENTATIVES DE SUICIDE, L'ALTÉRATION RAPIDE DE L'ÉTAT DU MALADE, CONSTITUÈRENT DE GRAVES MENACES POUR SA VIE ET NÉCESSITÈRENT UNE SURVEILLANCE TOUTE PARTICULIÈRE ET UN TRAITEMENT D'URGENCE.

- NOUS EN AVONS DÉNOMBRÉ 57 CAS (66 %)

2°/ DES FORMES D'INTENSITÉ MOYENNE

OÙ LE TABLEAU MÉLANCOLIQUE ÉTAIT PLUS OU MOINS COMPLET, ET OÙ LES IDÉES DE SUICIDE POUVAIENT EXISTER, MAIS SANS RÉALISATION.

LA VIE DES MALADES ÉTAIT MOINS MENACÉE DANS DE TELS CAS, MAIS NÉANMOINS LA SURVEILLANCE NE DEVAIT PAS SE RELACHER ET LE TRAITEMENT NE DEVAIT PAS SE FAIRE ATTENDRE.

NOUS EN AVONS DÉNOMBRÉ 24 CAS (28 %)

3°/ DES FORMES D'INTENSITÉ LÉGÈRE

OÙ LES IDÉES DÉPRESSIVES ÉTAIENT EXPRIMÉES, MAIS MOINS INTENSÉMENT VÉCUES, RETROUVÉES SEULEMENT À L'INTERROGATOIRE DES MALADES. CELEES-LÀ NE CONSTITUAIENT PAS UN DANGER VITAL, MAIS PAR LEUR CARACTÈRE TRAINANT, RÉCLAMAIENT CEPENDANT UN TRAITEMENT QUI POUR N'ÊTRE PAS URGENT N'EN ÉTAIT PAS MOINS INDISPENSABLE SI L'ON VOULAIT ÉVITER LE PASSAGE À UNE FORME PLUS GRAVE.

NOUS EN AVONS DÉNOMBRÉ 5 CAS (6 %)

ON PEUT DÉJÀ CONCLURE DE CE CHAPITRE LA NETTE PRÉDOMINANCE DES FORMES GRAVES RENCONTRÉES DANS LES $\frac{2}{3}$ DES CAS.

(SIGNALONS QUE D'APRÈS STENDSTEDT L'INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION N'AURAIT AUCUNE SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE).

B) L'ASPECT DE LA DÉPRESSION S'EST RÉVÉLÉ ÊTRE

- CELUI D'UNE FORME AVEC INHIBITION PSYCHO-MOTRICE (MALADES AUX GESTES RARES, LENTS, À LA MIMIQUE FIGÉE) DANS 42 CAS (49 %)
- CELUI D'UNE FORME SANS MODIFICATION DE LA PSYCHO-MOTRICITÉ (NI AGITATION, NI INHIBITION, MAIS COMPORTEMENT PSYCHO-MOTEUR NORMAL) DANS 11 CAS (13 %)

(UN MUTISME COMPLET, OU PLUS SOUVENT INCOMPLET A ÉTÉ NOTÉ DANS 30 CAS. ALORS QU'IL EXISTAIT AU CONTRAIRE UNE LOGORRHÉE INCESSANTE DANS 10 CAS).

DE CE CHAPITRE NOUS POUVONS DÉJÀ DÉDUIRE QUE LES FORMES AVEC INHIBITION REPRÉSENTENT LA $\frac{1}{2}$ DES CAS ET QUE LES FORMES AVEC AGITATION ANXIEUSE, SI ELLES NE SONT PAS LA MAJORITÉ (UN PEU PLUS D' $\frac{1}{3}$ DES CAS) N'EN SONT PAS MOINS BEAUCOUP PLUS FRÉQUENTES QUE DANS LE TABLEAU D'UNE MÉLANCOLIE ENDOGÈNE.

C) LES SIGNES DÉPRESSIFS REPRÉSENTÉS PAR

- LA DOULEUR MORALE CONSTAMMENT RETROUVÉE
- L'ANESTHÉSIE AFFECTIVE RENCONTRÉE DANS 24 CAS SEULEMENT
- LA FUITE DU CONTACT DANS 36 CAS
- L'AUTO-DÉPRÉCIATION, L'AUTO-ACCUSATION DANS 40 CAS
(SENTIMENT D'ÊTRE INUTILE, BON À RIEN, REPROCHES CONCERNANT LA VIE PASSÉE, EN PARTICULIER LA VIE SEXUELLE. OU PLUS : SENTIMENT D'ÊTRE UNE VOLEUSE : UNE DES MALADES S'ACCUSAIT D'AVOIR RUINÉ LA SÉCURITÉ SOCIALE, D'ÊTRE UNE MEURTRIÈRE. SENTIMENT D'ÊTRE UN MONSTRE, D'AVOIR FAIT LE MALHEUR DE TOUS, ETC...)
- IDÉES D'INCURABILITÉ : 36 CAS
- HYPOCONDRIE : 46 CAS
(CÉPHALÉES, DOULEURS, GÈNE, GONFLEMENT GASTRIQUES, ÉRUCTIONS, OPPRESSION, ÉTOUFFEMENTS, TREMBLEMENTS, DOULEURS ARTICULAIRES, BRULURES ANALES ET VAGINALES ÉTANT LES TROUBLES ACCUSÉS AVEC LA PLUS GRANDE FRÉQUENCE).

DANS 17 CAS CETTE HYPOCONDRIE ÉTAIT AU 1ER PLAN DU TABLEAU CLINIQUE, OU BIEN AVAIT DÉJÀ UNE TEINTE SPÉCIALE QUI LA RAPPROCHAIT DU DÉLIRE ; PAR EXEMPLE :

UNE MALADE RESSSENTAIT DES SENSATIONS D'ÉLECTRICITÉ LE LONG DES NERFS ET INTERPRÉTAIT LEURS DÉPLACEMENTS.

UNE AUTRE ÉTAIT PERSUADÉE QU'ELLE ÉTAIT ATTEINTE D'UN CANCER

UNE AUTRE QUE LE PREMIER ELECTRO-CHOC QU'ELLE AVAIT EU AVAIT DÉ-
CLENCHÉ TOUS SES MAUX ETC...

- L'ANXIÉTÉ ENFIN MANQUAIT EXCEPTIONNELLEMENT, ELLE A ÉTÉ RETROUVÉE CHEZ 71 MALADES.

DE CE CHAPITRE ON PEUT CONCLURE :

- À LA QUASI CONSTANCE DE L'ANXIÉTÉ (82 %)
- À LA FRÉQUENCE DES IDÉES HYPOCONDRIQUES (53 %)
(À LA LIMITE DU DÉLIRE DANS 20 % DES CAS)
- DE LA FRÉQUENCE DES IDÉES D'AUTO ACCUSATION (44 %)
- DE LA RELATIVE RARETÉ DE L'ANESTHÉSIE AFFECTIVE (27 % DES CAS)
L'AFFECTIVITÉ SEMBLE DONC MOINS TOUCHÉE CHEZ CES MALADES QUE CHEZ
LES CYCLIQUES : ILS RESTENT GÉNÉRALEMENT ACCESSIBLES AUX SENTIMENTS.

D) MANIFESTATIONS UN PEU PARTICULIÈRES

LA DÉPERSONNALISATION

C'EST À DIRE LE SENTIMENT DE NE PLUS SE RECONNAÎTRE, D'ÊTRE ÉTRANGER À SOI-MÊME, D'ÊTRE CHANGÉ, DE NE PLUS VOIR LES CHOSSES COMME AVANT OU BIEN DE NE PLUS LES VOIR COMME TOUT LE MONDE LES VOIT, DE SE SENTIR BIZARRE, DÉDOUBLÉ PARFOIS, A ÉTÉ RENCONTRÉ DANS 18 CAS (21 %) ET SI NOUS CHERCHONS À ÉTABLIR UN PARALLÈLE ENTRE CE SIGNE ET LA PERSONNANITÉ PRÉ-MORBIDE NOUS TROUVONS :

- UN CARACTÈRE PSYCHASTHÉNIQUE DANS 6 CAS	
OBSESSIONNELL	4 CAS
HYSTÉRIQUE	2 CAS
SCHIZOÏDE	1 CAS
PARANOÏAQUE	2 CAS
SYNTONE	2 CAS
NON PRÉCISÉ	1 CAS

LES MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES

- SE RÉDUISENT LE PLUS SOUVENT À DES RUMINATIONS, DES IDÉES OBSÉDANTES DIFFICILES À CHASSER, ET REVENANT SANS CESSER, DANS 22 CAS.

- PLUS RAREMENT IL S'AGIT D'OBSESSIONS OU DE PHOBIES VÉRITABLES: 10 CAS
DES PHOBIES SIMPLES DANS 3 CAS (PHOBIE DE LA SOLITUDE, DU
SOMMEIL), DES PHOBIES D'IMPULSION DANS 4 CAS.

IMPULSION À CRIER DANS 2 CAS (RÉALISÉE SUR UN MODE COMPULSIF)

IMPULSION MEURTRIÈRE DANS 2 CAS

IMPULSION AU SUICIDE DANS 1 CAS

- DES OBSESSIONS IDÉATIVES DANS 3 CAS (INTERROGATIONS SUR LA CONFES-
SION, SUR LA PROVENANCE DE CERTAINS OBJETS DANS 2 CAS, PEUR OBSÉ-
DANTE DE VOIR SES BÊTES ALLEZ CHEZ LES VOISINS DANS 1 CAS)

CES SIGNES APPARAISSENT TOUT AU DÉBUT DE L'AFFECTION, PRÉCÉDANT ET
ACCOMPAGNANT L'ACCÈS DÉPRESSIF.

MAIS DANS AUCUN CAS ILS N'EXISTAIENT AUPARAVANT. L'ÉVOLUTION MONTRE
D'AILLEURS QU'ILS GUÉRISSENT AVEC L'ACCÈS.

(SIGNALONS QUE ^{DANS} LES 54 DOSSIERS OÙ NE FURENT PAS NOTÉES DE MANIFESTA-
TIONS OBSESSIONNELLES, DANS LA PLUPART DES CAS, CE DÉTAIL N'AVAIT
MÊME PAS ÉTÉ RECHERCHÉ.)

DES THÈMES DÉLIRANTS

FURENT RETROUVÉS DANS PLUS DE LA MOITIÉ DES CAS : 45 (52 %)

IL S'AGISSAIT :

- D'UN DÉLIRE DE PERSÉCUTION OU DE PRÉJUDICE PLUS OU MOINS BIEN
SYSTÉMATISÉ DANS 26 CAS (30 % DES CAS)
- D'UN SYNDROME DE COTARD DANS 9 CAS (10 % DES CAS)
 - A) DÉLIRE DE NÉGATION D'ORGANES OU DE FONCTIONNEMENT D'ORGANES
7 CAS
 - B) DÉLIRE DE TRANSFORMATION D'ORGANES 3 CAS
 - C) DÉLIRE D'IMMORTALITÉ 1 CAS
- D'UN DÉLIRE D'INFLUENCE DANS 6 CAS (7 % DES CAS)
- D'UN DÉLIRE DE POSSESSION DANS 2 CAS
- D'UN DÉLIRE DE JALOUSIE DANS 2 CAS

DES HALLUCINATIONS

- ONT ÉTÉ RETROUVÉES CHEZ 12 MALADES (14 %)

HALLUCINATIONS AUDITIVES 12 FOIS

ASSOCIÉES À DES HALLUCINATIONS GÉNÉSTHÉSIQUES 1 FOIS

ASSOCIÉES À DES HALLUCINATIONS OLFACTIVES 1 FOIS

SI L'ON ESSAIE D'ÉTABLIR UN PARALLÈLE ENTRE LA PRÉSENCE DE CES HALLU-
CINATIONS ET LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE, AFIN DE VOIR QUELLES SONT

LES PERSONNALITÉS QUI FONT AVEC PRÉDILECTION DES MANIFESTATIONS DE CE GENRE, ON TROUVE QU'IL S'AGISSAIT DE :

PSYCHASTHÉNIQUES	DANS 4 CAS
SCHIZOIDES	DANS 2 CAS
PARANOIAQUES	DANS 1 CAS
NON PRÉCISÉ	DANS 5 CAS

SIGNALONS QUE PARMI CES MALADES, 2 AVAIENT UN APPONT ÉTHYLIQUE CERTAIN.

UN ÉTAT SUBCONFUSIONNEL A ÉTÉ NOTÉ 5 FOIS

UN FLOU DE LA PENSÉE A ÉTÉ NOTÉ 2 FOIS

DES MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES ONT ÉTÉ RÉALISÉES 2 FOIS

BOITERIE HYSTÉRIQUE DANS 1 CAS

GRANDE CRISE CATALEPTIQUE DANS 1 CAS

ENFIN DES FUGUES HORS DU DOMICILE ONT ÉTÉ NOTÉES 4 FOIS AU COURS DE LA PÉRIODE D'ÉTAT.

DANS CE CHAPITRE, LES POINTS LES PLUS INTÉRESSANTS À CONNAÎTRE SONT :

- LA POSSIBILITÉ DE PHÉNOMÈNES DE DÉPERSONNALISATION RENCONTRÉE TOUT PARTICULIÈREMENT CHEZ LES PSYCHASTHÉNIQUES (ON SAIT QUE LES ÉTATS DE DÉPERSONNALISATION ONT ÉTÉ DÉCRITS COMME PARTICULIÈREMENT FRÉQUENTS DANS LA PSYCHASTHÉNIE. EN DEHORS DE TOUT ÉTAT DÉPRESSIF.
- LA POSSIBILITÉ DE MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES VRAIES DISTINCTES DES RUMINATIONS OBSÉDANTES QUI SONT MONNAIE COURANTE DANS DE TELS ÉTATS.
- LA FRÉQUENCE DES IDÉES DÉLIRANTES QUI EXISTENT CHEZ PLUS DE LA MOITIÉ DES MALADES : LE PLUS SOUVENT À THÈME PERSÉCUTIF ET DANS UN NOMBRE NON NÉGLIGEABLE DE CAS À THÈME DE NÉGATION.
- LA POSSIBILITÉ ENFIN D'HALLUCINATIONS SANS QUE L'ON PUISSE DIRE DANS CERTAINS CAS S'IL S'AGIT D'HALLUCINATIONS VRAIES, D'ILLUSIONS OU D'INTERPRÉTATION, MAIS LE PLUS SOUVENT INDÉPENDANTES DE TOUTE CONFUSION.

LES PERSONNALITÉS PSYCHASTHÉNIQUES ET SCHIZOÏDES PARAISSENT LES PLUS APTES À FAIRE DE TELLES MANIFESTATIONS.

E) LA TENDANCE SUICIDAIRE

- LES IDÉES DE SUICIDE MANQUAIENT DANS 27 CAS SEULEMENT
- AILLEURS ELLES ÉTAIENT PRÉSENTES DANS 37 CAS
QUAND ELLES NE PASSAIENT PAS À LA RÉALISATION COMME C'ÉTAIT LE
CAS POUR 11 MALADES
- AILLEURS ENFIN IL S'AGISSAIT DE TENTATIVES RÉITÉRÉS POUR 11 MALADES
AUTREMENT DIT IDÉES OU TENTATIVES DE SUICIDE SONT RETROUVÉES DANS
LES 2/3 DES CAS : ET LE 1/4 DES MALADES PASSAIT À L'ACTE.

F) L'ÉTAT GÉNÉRAL

ÉTAIT MAL PRÉCISÉ DANS LA PLUPART DES OBSERVATIONS. DANS BON NOMBRE
DE CAS CEPENDANT LES MALADES ÉTAIENT PÂLES, DÉSHYDRATÉES, AMAIGRIES
ET SANS FORCE.

IL EUT ÉTÉ INTÉRESSANT DE NOTER L'ASPECT DE VIEILLISSEMENT DES MALA-
DES POUR VOIR SI LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION FRAPPAIT AVEC PRÉDILEC-
TION DES SUJETS PRÉMATURÉMENT VIEILLIS :

ASPECT DE LA PEAU ET DES PHANÈRES

FONCTIONNEMENT DES ORGANES SENSORIELS

DEGRÉ DE VIEILLISSEMENT APPARENT

EN TENANT COMPTE DE L'ASPECT CONFÉRÉ AUX MALADES PAR LEUR MÉLANCOLIE
QUI CONTRIBUE SOUVENT À DONNER À CES SUJETS UNE APPARENCE DE VIEILLARD.
MALHEUREUSEMENT CES DÉTAILS MANQUAIENT DANS LA PLUPART DES OBSERVA-
TIONS, CE QUI OTE TOUTE VALEUR AUX RÉSULTATS PARTIELS QUE NOUS AVONS
PU RECUEILLIR.

ENFIN À L'EXAMEN CLINIQUE

NOUS AVONS RELEVÉ 10 MALADES HYPERTENDUES (T.A. MAXIMA SUPÉRIEURE
À 17)

DANS 4 CAS CETTE HYPERTENSION S'ACCOMPAGNAIT DE SC LÉROSE VAS-
CULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

DANS 2 CAS EXISTAIT UNE CARDIOPATHIE : -AORTITE 1 CAS

- INSUFFISANCE CARDIAQUE
1 CAS

DES TROUBLES CIRCULATOIRES FURENT NOTÉS 3 FOIS

- 1 CAS DE MALADIE DE RAYNAUD

- 1 CAS DE PHLÉBITE COMPLIQUÉ D'EMBOLE

- 1 CAS DE VARICES IMPORTANTES

DES SIGNES NEUROLOGIQUES EN FOYER NE FURENT RETROUVÉS CHEZ AUCUN MALADE.

AU TOTAL CET EXAMEN CLINIQUE S'AVÈRE PAUVRE EN PARTICULARITÉS. LE POURCENTAGE DE 11 % D'HYPERTENDUES (MAJORÉ SANS DOUTE PAR LE FAIT QUE DANS LES FORMES ANXIEUSES ET AGITÉES LA TENSION EST PASSAGÈREMENT AUGMENTÉE) NOUS PARAÎT COMPATIBLE AVEC CELUI D'UNE POPULATION DE SUJETS DE 45 À 60 ANS PRIS AU HASARD.

II- POUR LE GROUPE B (11 MALADES QUI AVAIENT DÉJÀ FAIT DES ÉPISODES DÉPRESSIFS RÉACTIONNELS).

NOUS ALLONS FAIRE LES MÊME RECHERCHES, MAIS EN NOUS ABSTENANT DE TOUT COMMENTAIRE SUR LES SIGNES MÊME QUI NE DIFFÈRENT PAS D'UN GROUPE À L'AUTRE.

A) INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION

NOUS AVONS NOTÉ ICI ENVIRON LA MOITIÉ DE FORMES GRAVES, ET LA MOITIÉ DE FORMES MOYENNES OU LÉGÈRES.

B) L'ASPECT DE LA DÉPRESSION

IL SEMBLE QUE LES FORMES AVEC AGITATION (54 %) SOIENT PLUS FRÉQUENTES ICI QUE LES FORMES AVEC INHIBITION (18 %).

EN FAIT DES POURCENTAGES FAIT SUR 11 CAS SONT TRÈS CONTESTABLES.

C) LES SIGNES DÉPRESSIFS

L'HYPOCONDRIE A ÉTÉ RETROUVÉ DANS 8 CAS ET 6 FOIS ELLE ÉTAIT AU 1ER PLAN DU TABLEAU CLINIQUE OU PRENAIT UN ASPECT À LA LIMITE DU DÉLIRE.

DE CE CHAPITRE ON PEUT CONCLURE :

À LA FRÉQUENCE DE L'ANXIÉTÉ (72 %)

À LA FRÉQUENCE TRÈS GRANDE DES IDÉES HYPOCONDRIQUES (72 %) (QUI DANS 54 % DES CAS CONSTITUENT L'ESSENTIEL DU TABLEAU CLINIQUE).

À LA FRÉQUENCE DES IDÉES D'AUTO-ACCUSATION (54 %)

À L'ABSENCE REMARQUABLE D'ANESTHÉSIE AFFECTIVE (MOINS DE 10 %)

D) MANIFESTATIONS UN PEU PARTICULIÈRES

LA DÉPERSONNALISATION EXISTAIT DANS 4 CAS

SI L'ON CONSIDÈRE LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES MALADES QUI PRÉSENTAIENT CE SIGNE, ON TROUVE : 2 PSYCHASTHÉNIQUES

1 SCHIZOÏDE ET 1 HYSTÉRIQUE

DES MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES

SOUS FORMES D'IDÉES OBSÉDANTES EXISTAIENT DANS 2 CAS

SOUS FORMES PLUS PURES À TYPE D'OBSESSION IMPULSION MEURTRIÈRE 1 CAS
OU SUICIDE 1 CAS
D'AGORAPHOBIE 1 CAS

DES THÈMES DÉLIRANTS EXISTAIENT CHEZ 5 MALADES (45 %)

IL S'AGISSAIT 1 FOIS D'UN DÉLIRE DE PERSÉCUTION

3 FOIS D'UN SYNDROME DE COTARD

IDÉES DE NÉGATION D'ORGANES : 1 FOIS

IDÉES DE TRANSFORMATION D'ORGANES : 2 FOIS

1 FOIS D'UN DÉLIRE DE JALOUSIE

DES HALLUCINATIONS

FURENT RETROUVÉES CHEZ 2 MALADES (18 %)

1 ÉTAIT UNE PSYCHASTHÉNIQUE

1 UNE SCHIZOÏDE

IL S'AGISSAIT D'HALLUCINATIONS AUDITIVES DANS 1 CAS

D'HALLUCINATIONS AUDITIVES ET AFFECTIVES DANS 1 CAS

DE CE CHAPITRE ON PEUT RETENIR :

- LA POSSIBILITÉ DES PHÉNOMÈNES DE DÉPERSONNALISATION SURTOUT CHEZ LES PSYCHASTHÉNIQUES
- LA POSSIBILITÉ DE MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES
- LA FRÉQUENCE DES IDÉES DÉLIRANTES (PRÈS DE LA MOITIÉ DES CAS À THÈME DE NÉGATION LE PLUS SOUVENT).

E) LA TENDANCE SUICIDAIRE

LES IDÉES DE SUICIDE EXISTAIENT DANS PLUS DES 2/3 DES CAS, ET LE 1/3 DES MALADES PASSAIT À L'ACTE.

F) L'ÉTAT GÉNÉRAL

A ÉTÉ MAL EXPLORÉ ÉGALEMENT DANS CE GROUPE

5 DES MALADES ÉTAIENT EN MAUVAIS ÉTAT GÉNÉRAL, AMAIGRIES, DÉSHYDRATÉES ET SANS FORCES.

POUR LES SIGNES DE VIEILLISSEMENT

- ON A RETROUVÉ CHEZ 3 MALADES UN ASPECT PRÉMATURÉMENT VIEILLI, COMPTE TENU DE L'ÉTAT DÉPRESSIF
- 1 MALADE PAR CONTRE PARAÎSSAIT MOINS QUE SON ÂGE MAIS DANS 7 CAS

L'ASPECT PHYSIQUE N'ÉTAIT PAS PRÉCISÉ.

- ENFIN 2 MALADES ÉTAIENT HYPERTENDUES (18 %)
 - 1 AVAIT DES TROUBLES CIRCULATOIRES (VARICES, PARAPHLÉBITE)
 - 1 DES PETITS SIGNES DE TÉTANIE : SIGNE DE SCHVOSTEK BILATÉRAL
- MAIS LÀ ENCORE L'EXAMEN PHYSIQUE SE RÉVÈLE PAUVRE DE DÉCOUVERTES, EN DEHORS DE L'ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL LIÉ À L'ANOREXIE, AU REFUS D'ALIMENTS, À L'AGITATION.

III- POUR LE GROUPE C (19 MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS FAMILIAUX ET QUI ENTRENT PEUT-ÊTRE DANS LE CADRE D'UNE PSYCHOSE PÉRIODIQUE TARDIVE).

A) L'INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION

PERMETTAIT DE DISTINGUER UN PEU PLUS DE LA MOITIÉ DE FORMES SÉVÈRES (58 %) CONTRE (42 %) DE FORMES D'INTENSITÉ MOYENNE

B) L'ASPECT DE LA DÉPRESSION

ÉTAIT CELUI DE FORMES AVEC INHIBITION BEAUCOUP PLUS FRÉQUENTES (3/4 DES CAS) QUE LES FORMES AVEC AGITATION (1/4 DES CAS).

C) SIGNES DÉPRESSIFS

ÉTAIENT LES MÊMES QUE DANT LES AUTRES GROUPES
L'HYPOCONDRIE FUT RETROUVÉE DANS 10 CAS
(4 FOIS ELLE OCCUPAIT NETTEMENT LE 1ER PLAN DU TABLEAU CLINIQUE).
L'ANXIÉTÉ EXISTAIT CHEZ 18 MALADES SUR 19)
(POUR LES AUTRES SIGNES VOIR TABLEAU RÉCAPITULATIF).

DE CE CHAPITRE ON PEUT CONCLURE :

- À LA CONSTANCE DE L'ANXIÉTÉ (95 % DES CAS)
- À LA FRÉQUENCE DES IDÉES HYPOCONDRIQUES (53 %)
- À LA FRÉQUENCE ÉGALEMENT DES IDÉES D'AUTO-ACCUSATION (58 %)
- À LA RELATIVE RARETÉ DE L'ANESTHÉSIE AFFECTIVE (21 %)

D) MANIFESTATIONS UN PEU PARTICULIÈRES

LA DÉPERSONNALISATION A ÉTÉ RETROUVÉE CHEZ 3 MALADES SEULEMENT (16%)

- 1 PSYCHASTHÉNIQUE
- 1 OBSESSIONNELLE
- 1 DONT LA PERSONNALITÉ ANTÉRIEURE N'ÉTAIT PAS CONNUE

DES MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES ET PHOBQUES

EXISTAIENT SOUS FORME D'IDÉES OBSÉDANTES DANS 3 CAS

SOUS FORME DE PHOBIE D'OBJETS OU DE SITUATION DANS 3 CAS

SOUS FORME DE PHOBIE D'IMPULSION SUICIDAIRE DANS 1 CAS

DES THÈMES DÉLIRANTS

EXISTAIENT CHEZ 8 MALADES (42 %)

IL S'AGISSAIT : 6 FOIS D'UN DÉLIRE DE PERSÉCUTION

3 FOIS D'UN SYNDROME DE COTARD

RÉDUIT AU DÉLIRE DES NÉGATIONS DANS 1 CAS

AVEC DES IDÉES DE TRANSFORMATION DANS 1 CAS

D'IMMORTALITÉ DANS L'AUTRE CAS

DES HALLUCINATIONS

FURENT RETROUVÉES CHEZ 5 MALADES (26 %)

À TYPE D'HALLUCINATIONS AUDITIVES

QUAND ON S'INTÉRESSE À LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES SUJETS QUI
ONT DES HALLUCINATIONS ON TROUVE

4 PSYCHASTHÉNIQUES

1 SCHIZOÏDE

DE CE CHAPITRE ON PEUT RETENIR

- LA RARETÉ DES PHÉNOMÈNES DE DÉPERSONNALISATION
- LA POSSIBILITÉ DE MANIFESTATIONS PHOBQUES ET OBSESSIONNELLES
- LA FRÉQUENCE DES IDÉES DÉLIRANTES (PRÈS DE LA 1/2 DES CAS, À THÈME DE PERSÉCUTION SURTOUT).

E) LA TENDANCE SUICIDAIRE

EXISTAIT DANS LES 2/3 DES CAS

DANS 1/4 DES CAS SEULEMENT LES MALADES PASSAIENT À L'ACTE.

F) L'EXAMEN PHYSIQUE

TRÈS INCONSTAMMENT PRATiqué RÉVÉLAIT UN MAUVAIS ÉTAT GÉNÉRAL CHEZ
9 MALADES. LE VIEILLISSEMENT APPARENT N'ÉTAIT PAS PRÉCISÉ DANS LA
PLUPART DES DOSSIERS.

ENFIN 2 MALADES AVAIENT UNE TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE SANS SIGNES
PATENTS DE SCLÉROSE VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE.

(POUR PLUS DE PRÉCISIONS CONCERNANT LES RÉSULTATS OBTENUS CONSULTER
LES TABLEAUX DISPOSÉS EN FIN DE CHAPITRE).

SI MAINTENANT NOUS COMPARONS ENTRE EUX LES DIFFÉRENTS TABLEAUX CLINIQUES RÉALISÉS DANS LES GROUPES A, B ET C, NOUS VOYONS QUE :

1°/ POUR L'INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION

LE GROUPE A PRÉSENTE UN POURCENTAGE UN PEU PLUS ÉLEVÉ DE FORMES SÉVÈRES QUE LES GROUPES B ET C. MAIS CETTE DIFFÉRENCE N'EST PAS ASSEZ IMPORTANTE POUR ÊTRE SIGNIFICATIVE.

2°/ POUR L'ASPECT DE LA DÉPRESSION

- LE GROUPE A CONTIENT LA MOITIÉ DE FORMES AVEC INHIBITION, UN PEU MOINS DE LA MOITIÉ DE FORMES AVEC AGITATION
- LE GROUPE B CONTIENT LA MOITIÉ DE FORMES AVEC AGITATION ET TRÈS PEU DE FORMES AVEC INHIBITION
- LE GROUPE C CONTIENT LES $3/4$ DE FORMES AVEC INHIBITION ET $1/4$ DE FORMES AVEC AGITATION

ILS NE SONT DONC PAS SEMBLABLES ENTRE EUX.

- C'EST DANS LE GROUPE B QUI EST CELUI DES DÉPRESSIONS À MÉCANISME PROBABLEMENT RÉACTIONNEL QUE MANQUE LE PLUS COURAMMENT LE SYMPTÔME INHIBITION.
- DANS LES 2 AUTRES GROUPES IL EST RETROUVÉ MAIS PLUS SOUVENT DANS LE GROUPE C (QUI EST CELUI DES MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS MANIACO-DÉPRESSIFS) QUE DANS LE GROUPE A QUI EST CELUI DIT DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION PURES.

3°/ AU POINT DE VUE SIGNES DE LA SÉRIE DÉPRESSIVE

NOS 3 GROUPES SONT ASSEZ COMPARABLES, L'ANXIÉTÉ Y EST QUASI CONSTANTE, LES IDÉES HYPOCONDRIQUES EXISTENT DANS AU MOINS LA MOITIÉ DES CAS. (DANS LE GROUPE B ELLES SONT PRÉSENTES CHEZ LES $3/4$ DES MALADES).

4°/ AU POINT DE VUE DES SIGNES PLUS ATYPIQUES DANS UN TABLEAU DE DÉPRESSION

SENTIMENT DE DÉPERSONNALISATION, OBSESSIONS ET PHOBIES SE RENCONTRENT AVEC PLUS DE FRÉQUENCE DANS LE GROUPE B QUI PARAÎT PLUS NÉVROTIQUE COMME LE LAISSAIT PRÉVOIR SON MATÉRIEL DE MALADES.

PAR CONTRE LES HALLUCINATIONS SONT PLUS FRÉQUENTES DANS LE GROUPE C QUI PARAÎT PLUS PSYCHOTIQUE COMME LE LAISSAIT ÉGALEMENT PRÉVOIR SON MATÉRIEL DE MALADES.

DISONS À CE PROPOS QUE LES HALLUCINATIONS SE VOIENT À TRAVERS LES DIFFÉRENTS GROUPES ESSENTIELLEMENT CHEZ 2 SORTES DE MALADES : LES PSYCHASTHÉNIQUES ET LES SCHIZOÏDES.

D'AUTRE PART ELLES SEMBLAIENT FAVORISÉES DANS 3 CAS PAR UN ALCOOLISME CHRONIQUE SURAJOUTÉ.

5°/ ENFIN NOUS SOMMES FRAPPÉS DANS LES 3 GROUPES PAR LA FRÉQUENCE DE SYNDROMES DÉLIRANTS (LA $\frac{1}{2}$ DES CAS) ET L'ABSENCE QUASI-TOTALE DE CON-FUSION MENTALE CHEZ CES MALADES DÉLIRANTS.

6°/ AU POINT DE VUE DE LA TENDANCE SUICIDAIRE

LES IDÉES DE SUICIDE MANQUENT DANS MOINS D' $\frac{1}{3}$ DES CAS, IDÉES OU TEN-TATIVES EXISTENT DANS LES $\frac{2}{3}$ DES CAS ET CECI DANS LES 3 GROUPES, AVEC UNE FRÉQUENCE PLUS GRANDE SEMBLE-T-IL DANS LE GROUPE B OU MANQUE L'IN-HIBITION.

EN CONCLUSION

CES 3 GROUPES A, B ET C SE RESSEMBLENT BEAUCOUP DANS LA SYMPTOMATOLOGIE COMPTE TENU DES ERREURS D'APPRÉCIATION ET DU FAIT QUE LES GROUPES B ET C QUI SONT PETITS, NE PERMETTENT GUÈRE D'ÉVALUATION STATISTIQUE.

ENFIN NOTRE COMPARAISON PORTE SUR 3 GROUPES INÉGAUX : EN TOUTE RIGUEUR IL NOUS FAUDRAIT 3 GROUPES HOMOGÈNES DANS LEUR COMPOSITION POUR POUVOIR DIS-CUTER VALABLEMENT DE RESSEMBLANCES OU DE DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ENTRE EUX.

AUSSI NOTRE TRAVAIL CONSTITUE-T-IL UNE SIMPLE APPROCHE DE L'ASPECT CLINI-QUE RÉALISÉ ET NE PRÉTEND EN RIEN ÊTRE EXHAUSTIF.

MALGRÉ TOUT, IL NOUS A PERMIS D'OBJECTIVER LA PRÉSENCE DE POINTS PARTI-CULIERS DÉJÀ REMARQUÉS D'AILLEURS PAR LES PRÉCÉDENTS AUTEURS;

IL SERAIT INTÉRESSANT MAINTENANT DE COMPARER AU POINT DE VUE DES SIGNES CLINIQUES NOTRE GROUPE DE 115 MALADES FAISANT LEUR 1^{ER} ACCÈS DÉPRESSIF À 45 ANS À UN GROUPE DE SUJETS DÉPRIMÉS DU MÊME ÂGE (ENTRE 45 ANS ET 60 ANS) AYANT DES ANTÉCÉDENTS MANIACO DÉPRESSIFS FAMILIAUX ET PERSONNELS CERTAINS : ON POURRAIT AINSI APPRÉCIER LES DIFFÉRENCES CLINIQUES ENTRE ACCÈS MÉLAN-COLIQUE ENDOGÈNE ET ACCÈS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION CHEZ DES SUJETS DU MÊME ÂGE. EN EFFET CERTAINS AUTEURS ONT PRÉTENDU QUE LES ATYPIES DU TA-BLEAU DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ÉTAIENT DUES AU FAIT QU'IL S'AGISSAIT DE SUJETS ÂGÉS : LA SÉNESCENCE REPRÉSENTANT UN FACTEUR DE MODIFICATION DU TABLEAU DÉPRESSIF AUQUEL ELLE CONFÈRE CERTAINES PARTICULARITÉS QU'ON NE TROUVAIT PAS CHEZ LE SUJET PLUS JEUNE (AGITATION, HALLUCINATIONS, DÉLIRE ETC...), ET NON UN FACTEUR CAUSAL.

MAIS CET INTÉRESSANT POINT DE DISCUSSION RESTE À VÉRIFIER.

TABLEAUX RECAPITULATIFS DES PRINCIPAUX POINTS DE LA CLINIQUE

1°/ DURÉE AVANT HOSPITALISATION

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	NB DE CAS	%	NB DE CAS	%	NB DE CAS	%
MOINS D'1 MOIS	30	36	3	27	4	21
ENTRE 1 MOIS ET 1 AN	44	53	7	63	14	73
PLUS D'1 AN	9	10	1	10	1	5
?	3		0		0	

2°/ TABLEAUX COMPARATIFS ENTRE LES 3 GROUPES, CONCERNANT LES PRINCIPAUX POINTS DE LA CLINIQUE

1. - INTENSITÉ DE LA DÉPRESSION

	GROUPE A (86)		GROUPE B (11)		GROUPE C (19)	
	NB DE CAS	%	NB. DE CAS	%	NB DE CAS	%
FORMES SÉVÈRES	57	66	6	54	11	58
FORMES MOYENNES	24	28	3	27	8	42
FORMES LÉGÈRES	5	6	2	19	0	0

2 - ASPECT DE LA DÉPRESSION

FORMES AVEC INHIBITION	42	49	2	18	14	74
FORMES AVEC AGITATION	33	38	6	54	5	26
FORME SANS INHIBITION NI AGITATION	11	13	3	27	0	0

3 - SIGNES DÉPRESSIFS

ANESTHÉSIE AFFECTIVE	24	27	1	9	4	21
AUTO-ACCUSATION	40	44	6	54	11	58
HYPOCONDRIE	46	53	8	72	10	53
ANXIÉTÉ	71	82	8	72	18	95

4 - SIGNES PLUS ATYPIQUES AU COURS D'UNE DÉPRESSION

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	NB DE CAS	%	NB DE CAS	%	NB DE CAS	%
DÉPERSONNALISATION	18	21	4	36	3	16
OBSESSIONS ET PHOBIES	11	13	3	27	4	21
IDÉES DÉLIRANTES	45	52	5	45	8	45
COTARD	9	10	3	27	2	10
HALLUCINATIONS	12	14	2	18	5	26
CONFUSION	5	6	0	0	1	5
MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES	2	3	0	0	1	5

PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES MALADES AYANT DES HALLUCINATIONS

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	12		2		5	
PSYCHASTHÉNIQUE	4		1		4	
SCHIZOÏDE	2		1		1	
PARANOÏAQUE	1					
NON PRÉCISÉ	5					

5 - TENDANCE SUICIDAIRE

PAS D'IDÉES DE SUICIDE	27	31	3	27	7	36
PRÉSENCE D'IDÉES DE SUICIDE	37)		4)		7)	
TENTATIVE UNIQUE	11)	69	2)	62	0)	62
TENTATIVES MULTIPLES	11)		2)		5)	

II - ETUDE PARACLINIQUE

LA QUESTION QUI SE POSE EST DE SAVOIR SI LES DIFFÉRENTS LABORATOIRES PEUVENT ÊTRE DE QUELQUES UTILITÉ DANS L'ÉTUDE DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION. SUR UN PLAN STRICTEMENT DIAGNOSTIC LA RÉPONSE EST D'EMBLÉE NÉGATIVE, PUISQUE NOUS AVONS VU QUE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST AVANT TOUT UNE ENTITÉ CLINIQUE.

MAIS POUR LA CONNAISSANCE DE CE SYNDROME, POUR SON EXPLICATION PATHOGÉNIQUE IL Y A SANS DOUTE DES RENSEIGNEMENTS À ESPÉRER DE CE CÔTÉ.

AU POINT DE VUE BIOLOGIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE LES PROBLÈMES, DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SONT INDISSOCIABLES DE CEUX DU PROCESSUS DE SÉNESCENCE QUE NOUS NOUS RÉSERVONS DE TRAITER DANS UN CHAPITRE À PART.

AUSSI DANS CE CHAPITRE NOUS CONTENFERONS NOUS D'EXPOSER QUELQUES RÉSULTATS FOURNIS :

- PAR L'ANALYSE BIOLOGIQUE D'UNE PART
- L'ÉTUDE DU FOND D'OEIL, DU LIQUIDE CEPHALO RACHIDIEN, DES RADIOS DE CRÂNE, DE L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME, DE L'ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE FRACTIONNÉE
- ENFIN ET SURTOUT PAR LES EXAMENS PSYCHOMÉTRIQUES.

1°/ EN CE QUI CONCERNE LES ANALYSES BIOLOGIQUES

DES EXAMENS SYSTÉMATIQUES PRATIQUÉS AU CENTRE DE GÉRONTOLOGIE DU DOCTEUR BOURLIERE À PARIS ONT MONTRÉ QUE LE VIEILLISSEMENT BIOLOGIQUE EST PROGRESSIF ET QU'IL EN EXISTAIT DES TÉMOINS FACILES À ÉTUDIER.

- 1/ DIMINUTION DE LA CAPACITÉ VITALE RESPIRATOIRE ET DE LA VENTILATION PULMONAIRE MAXIMALE PAR MINUTE (QUI PASSE CHEZ LA FEMME DE 64,9L/MIN À 25ANS À 35,5 L/MIN. À 75 ANS).
- 2/ ELÉVATION LÉGÈRE DU TAUX DE L'URÉE SANGUINE AU COURS DE L'EXISTENCE. MAIS SURTOUT DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA CHARANCE URINAIRE DE L'URÉE ENTRE 25 ET 75 ANS.
- 3/ DIMINUTION DE L'ÉLIMINATION URINAIRE DES 17 CETOSTÉROÏDES
- 4/ CITONS ENCORE UNE ÉLÉVATION PROGRESSIVE DE LA VITESSE DE SÉDIMENTA-

TION JUSQU'À 65 ANS

5/ DES ANOMALIES DE LA CALCIURIE ; LES HYPOCALCIURIES ÉTANT PLUS FRÉ-
QUENTES CHEZ LA FEMME.

6/ AJOUTONS À CECI QU'IL FAUT S'ATTENDRE CHEZ LA FEMME EN PÉRIODE MÉNO-
PAUSIQUE OU POST-MÉNOPAUSIQUE À DES MODIFICATIONS DES SÉCRÉTIONS DES
HORMONES SEXUELLES.

- BAISSE DE LA SÉCRÉTION OESTROGÉNIQUE AVEC DIMINUTION DU TAUX DES
OESTROGÈNES URINAIRES.
- HYPERSÉCRÉTION DES GONADOTROPHINES AVEC AUGMENTATION DU TAUX DE
CELLES-CI DANS LES URINES

RÉSULTATS PERSONNELS

NOS RÉSULTATS BIOLOGIQUES SONT ASSEZ DISPERSÉS, ET IMPOSSIBLES À INTÉ-
GRER DANS UNE ÉTUDE STATISTIQUE :

EN EFFET D'UNE PART NOS MALADES N'AVAIENT PAS SUBI DE FAÇON SYSTÉMATI-
QUE LES EXAMENS INTÉRESSANTS CI-DESSUS ÉNUMÉRÉS.

D'AUTRE PART LES QUELQUES RÉSULTATS QUE NOUS AVONS, NOTAMMENT EN CE QUI
CONCERNE LES DOSAGES HORMONAUX, NE PROVIENNENT PAS DE LABORATOIRES SPÉ-
CIALISÉS ET SONT DE CE FAIT TRÈS SUJETS À CAUTION.

(VOIR TABLEAU SYNOPTIQUE RÉUNISSANT CES RÉSULTATS).

- IL APPARAÎT SIMPLEMENT QUE 12 MALADES ONT UNE URÉE ET UN CHOLESTÉ-
ROL ÉLEVÉ
(CE QUI CORRESPOND À NOTRE POURCENTAGE DE 10 % D'HYPERTENDUES)
- QUE 6 MALADES AVAIENT UN DIABÈTE, LE PLUS SOUVENT DISCRET.
- AU POINT DE VUE DOSAGES HORMONAUX LE TAUX DES 17 CÉTOSTÉROÏDES
S'ABAISSÉ AU DESSOUS DE 5MG/24H DANS 3 CAS SUR 5.

2°/ LES EXAMENS NEUROLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

NOUS FOURNISSENT DES RENSEIGNEMENTS DE VALEUR TRÈS INÉGALE

- L'ÉTUDE DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

N'A JAMAIS PERMIS DE RETROUVER LES STIGMATES D'ŒDÈME CÉRÉBRAL, OU
"D'ENCÉPHALOSE" SUCCESSIVEMENT INCRIMINÉS À L'ORIGINE DE LA MÉLANCO-
LIE D'INVOLUTION PAR LES VIEUX AUTEURS.

- L'ÉTUDE DU FOND D'OEIL

NE MONTRE NON PLUS RIEN DE TRÈS INTÉRESSANT.

PAR CONTRE NOUS VERRONS QUE L'ASPECT DE RETINITE HYPERTENSIVE QU'ON
S'ATTENT À TROUVER DANS LES CAS D'ARTÉRIOSCLÉROSE POURRAIT DÉCELÉS

- LES RADIOS DU CRÂNE

N'APPORTENT AUCUNE CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DU PROBLÈME

- PLUS INTÉRESSANTE EST L'ÉTUDE DE L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME

DES ÉTUDES CONCERNANT LES MODIFICATIONS DE L'E.E.G. AU COURS DE LA SÉNESCENCE ONT INSISTÉ SUR :

- 1/ DES MODIFICATIONS DU RYTHME ALPHA QUI RALENTIT PROPORTIONNELLEMENT À L'ÂGE
- 2/ UNE AUGMENTATION DES ACTIVITÉS LENTES THÊTA OU DELTA
PAR CONTRE LES RYTHMES RAPIDES SONT EN NOMBRE ANALOGUE À CEUX DES ADULTES.
- 3/ ENFIN DES PERTURBATIONS LOCALISÉS TEMPORALES ANTÉRIEURES GAUCHES AURAIENT PARFOIS ÉTÉ REMARQUÉES.

MAIS SE POSE ICI LE PROBLÈME DE LA SPÉCIFICITÉ DES CARACTÈRES CIDESSUS ÉNONCÉS.

SONT-ILS DUS À LA SÉNESCENCES OU À UN PROCESSUS EXCLUSIVEMENT VASCULAIRE ?

EN FAIT CE PROBLÈME NOUS INTÉRESSE MODÉRÉMENT CAR EN GÉNÉRAL LES SUJETS D'ÉTUDE QUI ONT PERMIS CES CONCLUSIONS ÉTAIENT PLUS ÂGÉS QUE CEUX COMPRIS DANS NOTRE MATÉRIEL (PLUS DE 60 ANS).

D'AUTRE PART CES ALTÉRATIONS SONT CARACTÉRISTIQUES DE L'ÂGE ET NULLEMENT DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

AUSSI SERONS-NOUS PLUS DIRECTEMENT INTÉRESSÉS PAR UNE ÉTUDE CONCERNANT LES MODIFICATIONS DE L'E.E.G. AU COURS DES SYNDRÔMES DÉPRESSIFS (G. BLANC ET G.C. LAIRY).

CETTE ÉTUDE APRÈS AVOIR RAPIDEMENT RENONCÉ À ÉTABLIR DES CORRELATIONS ENTRE LES SYMPTÔMES DOMINANTS ET LES DIFFÉRENTES PARTICULARITÉS DE L'E.E.G., S'EST ORIENTÉE VERS LA MISE EN ÉVIDENCE DE PLUSIEURS TYPES ÉLECTROGRAPHIQUES D'ÉVOLUTION AUX DIFFÉRENTS STADES DE LA DÉPRESSION ET SOUS L'INFLUENCE DES THÉRAPEUTIQUES BIOLOGIQUES. ELLE CONCLUT À L'EXISTENCE DE DIVERSES MODIFICATIONS PORTANT SUR LA MORPHOLOGIE, LA TOPOGRAPHIE ET LA RÉACTIVITÉ DES ACTIVITÉS ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES.

CES DIFFÉRENTS ASPECTS PERMETTANT DE DISTINGUER 4 TYPES ÉVOLUTIFS PRINCIPAUX.

- TYPE I : FLUCTUATIONS SPATIALES DES FRÉQUENCES DE LA BANDE ALPHA.

IL CORRESPOND À UNE ÉVOLUTION CLINIQUE FAVORABLE

-TYPE II - ASPECT D'E.E.G. NORMAL STATIONNAIRE

CET ASPECT S'OBSERVE DANS LES FORMES DE MAUVAIS
PRONOSTIC

-TYPE III- FLUCTUATIONS DE L'E.E.G. AU COURS DU TRAITEMENT (DYS-
RHYTHMIES VARIABLES)

DANS LES FORMES TRAINANTES, FAISANT CRAINDRE UNE
ÉVOLUTION PSYCHOTIQUE

- TYPE IV- E.E.G. NORMAL PENDANT LA DÉPRESSION AVEC PERTURBA
TIONS À LA GUÉRISON:

RARE, SE VOIT DANS LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES ANCIEN-
NES

D'AUTRES AUTEURS ÉTUDIANT L'E.E.G. DANS LES DÉPRESSIONS D'INVOLU-
TION ET LES DÉPRESSIONS NÉVROTQUES NE TROUVÈRENT AUCUNE ANOMALIE
SIGNIFICATIVE DANS 1 CAS COMME DANS L'AUTRE (TAIT HARPER ET MAC
CLATCHEY).

EN FAIT NOUS N'AVONS PAS ICI LES ÉLÉMENTS PERMETTANT D'ILLUSTRE
CE TRAVAIL ET NOUS NOUS CONTENTERONS D'EXPOSER LES RÉSULTATS DE
L'E.E.G. PRATiqué CHEZ NOS MALADES AVANT TOUT TRAITEMENT.

- L'ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE

DANS SA TECHNIQUE PLUS PERFECTIONNÉE ET MOINS TRAUMATISANTE D'ENCÉ-
PHALOGRAPHIE GAZEUSE FRACTIONNÉE PERMETTRAIT DANS CERTAINS CAS DE
MONTRER ASSEZ SOUVENT DES IMAGES FAISANT SUSPECTER L'ATROPHIE CÉRÉ-
BRALE AU DÉBUT.

ON SAIT QUE KRACPELIN LUI-MÊME ADMETTAIT CHEZ SES MALADES UN CERTAIN
DEGRÉ D'ATROPHIE CÉRÉBRALE. EN FAIT CETTE ATROPHIE, LORSQU'ELLE EXIS-
TE, SERAIT PLUTÔT LE TÉMOIN D'UNE DÉMENGE PRÉSÉNILE À SON DÉBUT, ET
DEVRAIT AU CONTRAIRE FAIRE DISCUTER LE DIAGNOSTIC DE MÉLANCOLIE D'UN-
VOLUTION, BIEN QUE DES ASSOCIATIONS SOIENT POSSIBLES LÀ ENCORE.

RÉSULTATS PERSONNELS

1°/ DES ÉTUDES DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

- IL ÉTAIT NORMAL DANS 3 CAS ALBUMINE $\leq$ 0,30 g
ELEMENTS $\leq$ 10/MM³
B W : NÉGATIF

ENJOIN FLOCCULANT DANS LES 3 TUBES
CENTRAUX.

- MAIS DANS 6 CAS ON NOTAIT :

UNE ALBUMINORACHIE LÉGÈREMENT AUGMENTÉE ($0,30g < A < 0,60g$)

AVEC BENJOIN ÉLARGI DANS 4 DE CES CAS

CES RÉSULTATS SONT TROP PEU NOMBREUX POUR PERMETTRE UNE QUELCONQUE CONCLUSION.

2°/ DES ÉTUDES DU FOND D'OEIL

AVAIENT ÉTÉ PRATIQUÉES CHEZ 30 MALADES :

- DANS 27 CAS IL ÉTAIT NORMAL

- DANS 3 CAS IL ÉTAIT LE TÉMOIN D'UNE ARTÉRIOSCLÉROSE

LES ANOMALIES SE LIMITAIENT DANS 2 CAS À UN SIMPLE SIGNE DE CROISEMENT

DANS 1 CAS SEULEMENT ON TROUVAIT DES SIGNES DE RÉTINITE HYPERTENSIVE AU STADE IV

EN FAIT CES RÉSULTATS CONFIRMENT NOTRE HYPOTHÈSE QUE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION PEUT SE DÉVELOPPER CHEZ DES VASCUAIRES HYPERTENDUS À TITRE D'ASSOCIATION FORTUITE, SANS QU'ON PUISSE INCRIMINER L'ARTÉRIOSCLÉROSE À L'ORIGINE DE CETTE MALADIE.

3°/ UN E.E.G.

AVAIT ÉTÉ PRATIQUÉ CHEZ 57 MALADES :

- 24 FOIS IL ÉTAIT PARFAITEMENT NORMAL

- 33 FOIS IL ÉTAIT ALTÉRÉ DE FAÇON DISCRÈTE OU ÉVIDENTE

LES PRINCIPALES ALTÉRATIONS RELEVÉES ÉTANT :

LA PRÉSENCE D'ONDES LENTES

OU D'UN ASPECT IRRITATIF

(POUR LA RÉPARTITION DE CES RÉSULTATS À L'INTÉRIEUR DE NOS 3 GROUPES DE MALADES VOIR TABLEAU).

IL APPARAÎT DONC QUE L'E.E.G. N'EST PAS RIGOREUSEMENT NORMAL CHEZ PLUS DE LA MOITIÉ DES MALADES.

4°/ UNE ENÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE FRACTIONNÉE

AVAIT ÉTÉ PRATIQUÉE DANS 13 CAS (DANS UN BUT DIAGNOSTIC OU THÉRAPEUTIQUE).

- DANS 7 CAS ELLE ÉTAIT RIGOREUSEMENT NORMALE

- DANS 1 CAS EXISTAIT UNE DILATATION VENTRICULAIRE LÉGÈRE (LOCALISÉE À LA CORNE FRONTALE GAUCHE).

- DANS 1 CAS, LA PRÉSENCE D'AIR À LA PÉRIPHÉRIE MAIS EN QUANTITÉ TRÈS MODÉRÉE, AVEC DES VENTRICULES NORMAUX.

- DANS 2 CAS, UNE DILATATION VENTRICULAIRE ET UNE ATROPHIE CORTICALE MODÉRÉES

- DANS 2 CAS LE RÉSULTAT MANQUAIT AU DOSSIER

LÀ ENCORE LES RÉSULTATS SONT TROP PEU NOMBREUX POUR CONCLURE : LES ANOMALIES CONSTATÉES ÉTANT EN TOUT CAS TOUJOURS TRÈS DISCRÈTES. JAMAIS N'A ÉTÉ RETROUVÉ UN ASPECT D'ATROPHIE CORTICALE FRANCHE.

3°/ ETUDES PSYCHOMÉTRIQUES

DANS SA DESCRIPTION DE LA MALADIE, KRACPELIN S'IL ADMETTAIT UN CERTAIN DEGRÉ D'AFFAIBLISSEMENT DES FACULTÉS INTELLECTUELLES DANS LE SENS D'UN RÉTRÉCISSEMENT DE LA PERSONNALITÉ LORS DE L'ÉVOLUTION ULTÉRIEURE, N'AIT PAR CONTRE TOUTE POSSIBILITÉ D'ÉVOLUTION DÉMENTIELLE VÉRITABLE, ET LES CAS DE MÉLANCOLIE QUI SONT CENSÉS SOMBRER DANS LA DÉMENCE ÉTAIENT EN RÉALITÉ POUR LUI DES DÉMENCES PRIMITIVES DONT LE DÉBUT A ÉTÉ MÉCONNU. GAUSSEN EST DU MÊME AVIS MAIS POUR LUI UNE RESTRICTION S'IMPOSE : CELLE DES CAS DE MÉLANCOLIE DUS À L'ARTÉRIOSCLÉROSE ET QUI EUX PEUVENT ÉVOLUER VERS UNE DÉMENCE ARTÉRIOSCLÉREUSE.

EN FAIT ACTUELLEMENT LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST DE L'AVIS DE TOUS UNE ENTITÉ DISTINCTE DES DÉPRESSIONS ARTÉRIOSCLÉREUSES D'UNE PART, ET SÉNILES D'AUTRE PART.

ET CONTRAIREMENT À CE QUI SE PASSE DANS LES DÉMENCES, DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, FAIT QU'IL IMPORTE DE BIEN SOULIGNER :

"LES MALADES NE PRÉSENTENT AUCUN SIGNE D'ORGANICITÉ, NI AUCUN AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL EN DÉPIT DES APPARENCES, ET IL EST CAPITAL DE SAVOIR DIFFÉRENCIER CES ÉTATS PSEUDO DÉMENTIELS DE CEUX QUI SONT AUTHENTIQUES". (DIGO).

EN FAIT L'EXISTENCE D'UN AFFAIBLISSEMENT PSYCHIQUE PEUT-ÊTRE DIFFICILE À JUGER EN PÉRIODE DÉPRESSIVE, TANT AU POINT DE VUE CLINIQUE QUE PSYCHOMÉTRIQUE :

EN EFFET LES MALADES DÉPRIMÉS OBTIENNENT DE TRÈS MAUVAIS RÉSULTATS AUX TESTS : TOUT LE PROBLÈME EST DE SAVOIR SI DERRIÈRE CETTE DÉTÉRIORATION APPARENTE, IL EXISTE DES SIGNES D'ORGANICITÉ.

POUR CE FAIRE IL EST PRÉFÉRABLE D'ATTENDRE LA GUÉRISON DE L'ACCÈS DÉPRESSIF (GRÂCE AUX ÉLECTROCHOCs OU AUX THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES) AFIN D'EN MIEUX JUGER.

GAUSSEN QUI S'ÉTAIT PLU À ANALYSER LES FONCTIONS INTELLECTUELLES DE SES MALADES DURANT L'ACCÈS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AVAIT REMARQUÉ :

- UNE CERTAINE DIFFICULTÉ À S'ORIENTER DANS LE TEMPS
- DES TROUBLES DE LA COMPRÉHENSION
- DES TROUBLES DE L'ÉVOCATION DES IDÉES : PAUVRETÉ DES ASSOCIATIONS
PAUVRETÉ DE L'IMAGINATION
- DES TROUBLES DE L'ATTENTION SPONTANÉE (TOUTE ENTIÈRE CONCENTRÉE SUR LA PROPRE DOULEUR DU SUJET).
- DES TROUBLES DE L'ATTENTION VOLONTAIRE (QUI SUBIT LE MÊME SORT)
- TOUT CECI EXPLIQUE QUE LE TEMPS DE RÉACTION SOIT TOUJOURS TRÈS LONG
- ENFIN DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DUS À L'ÉVOCATION BEAUCOUP PLUS LENTE DES REPRÉSENTATIONS ET AU DÉFAUT D'ATTENTION.

TOUS CES SIGNES LIÉS À LA DÉPRESSION ET À L'ANXIÉTÉ RENDAIENT DE L'AVIS DE L'AUTEUR L'EMPLOI DES TESTS INUTILES CHEZ DE TELS MALADES.

IL N'EN VA PAS DE MÊME APRÈS GUÉRISON DE L'ACCÈS (ET SI LE MALADE A SUBI UN TRAITEMENT PAR LES ÉLECTROCHOC IL IMPORTE D'ATTENDRE QUELQUES SEMAINES AFIN QUE SOIENT DISPARUS LES TROUBLES SURTOUT MNÉSQUES DUS AU TRAITEMENT).

TOUTES CES RESTRICTIONS ÉTANT FAITES :

- TESTS PRATIQUÉS APRÈS GUÉRISON DE L'ÉTAT DÉPRESSIF
 - TESTS PRATIQUÉS AU MOINS 1 MOIS APRÈS L'ARRÊT DES ÉLECTROCHOC
- LES MÉTHODES PSYCHOMÉTRIQUES NE SONT PAS DÉPOURVUES D'INTÉRÊT PUISQU'ELLES VIENNENT PROUVER L'INTÉGRITÉ DES FONCTIONS INTELLECTUELLES DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, NOTION DÉFENDUE PAR LES AUTEURS CONTEMPORAINS.

CETTE INTÉGRITÉ DES FONCTIONS INTELLECTUELLES PERMET JUSTEMENT DE DIFFÉRENCIER MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET ACCÈS MÉLANCOLIQUE DU À UNE ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE, À UNE DÉMENCE PRÉSÉNILE OÙ JUSTEMENT LES TESTS METTENT L'ACCENT SUR L'AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL CERTAIN, ÉLÉMENT DE PRONOSTIC TRÈS SOMBRE.

NOUS ADMETTRONS DONC QU'IL N'Y A PAS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. EST-CE À DIRE QUE LES FONCTIONS INTELLECTUELLES DES SUJETS DE CET ÂGE SONT IDENTIQUES À CE QU'ELLES ÉTAIENT AU COURS DE L'ADOLESCENCE OU DE L'ÂGE ADULTE ? CERTES NON.

IL IMPORTE DE TENIR COMPTE ICI DE L'INVOLUTION DES FONCTIONS INTELLECTUELLES AVEC L'ÂGE.

EN 1920 YOAKIM YERKES AFFIRMA QUE CHEZ L'ADULTE LE NIVEAU INTELLECTUEL MOYEN DIMINUAIT AU FUR ET À MESURE QUE L'ÂGE AUGMENTAIT. À LA SUITE DE CES CONSTATATIONS WEGHSLER RÉÉVALUÉ SON ÉCHELLE EN FONCTION DE L'ÂGE CHRONOLOGIQUE.

LE SOMME-ET DE L'EFFICIENCE INTELLECTUELLE SE SITUE VERS 25 À 30 ANS. PUIS UN DÉCLIN PROGRESSIF S'AMORCE AUQUEL ON A DONNÉ LE NOM DE DÉTÉRIORATION MENTALE PSYCHOLOGIQUE.

CETTE DÉTÉRIORATION MENTALE PSYCHOLOGIQUE S'EFFECTUE D'AUTANT PLUS TÔT ET D'AUTANT PLUS VITE QUE LE NIVEAU MAXIMUM ATTEINT EST PLUS BAS, AUTREMENT DIT QUE LE SUJET EST MOINS INTELLIGENT.

D'AUTRE PART ELLE N'AFPECTE PAS DE LA MÊME FAÇON LES DIFFÉRENTS TESTS : C'EST AINSI QU'ELLE SERAIT À PEU PRÈS NULLE POUR CERTAINS : TELS LES TESTS DE VOCABULAIRE, ET ELLE SERAIT MAXIMUM POUR D'AUTRES : AINSI LES TESTS D'EFFICIENCE (CECI INDÉPENDAMMENT DU FACTEUR VITESSE).

LA DÉTÉRIORATION MENTALE PSYCHOLOGIQUE SERAIT UNE DÉTÉRIORATION GLOBALE LIÉE À UNE DIMINUTION DU MÉTABOLISME CÉRÉBRAL AVEC L'ÂGE. IL EXISTE UN PARALLÉLISME CROISSANT DÉMONTRÉ PAR WESCHLER ENTRE LA DIMINUTION DE POIDS DU CERVEAU AVEC L'ÂGE ET LA DÉCROISSANCE DU FACTEUR D'INTELLIGENCE GÉNÉRALE (FACTEUR G.)

LA DÉTÉRIORATION MENTALE PATHOLOGIQUE PSYCHOMÉTRIQUE N'EST QU'UNE ACCENTUATION DE LA DÉTÉRIORATION MENTALE PSYCHOLOGIQUE DONT ELLE DIFFÈRE QUANTITATIVEMENT MAIS NON QUALITATIVEMENT.

ET LA DÉTÉRIORATION PSYCHOMÉTRIQUE TELLE QU'ON LA MESURE EST ÉGALE À LA SOMME DE 2 TERMES :

DÉTÉRIORATION PSYCHOLOGIQUE + DÉTÉRIORATION PATHOLOGIQUE

EN PRATIQUE CETTE DÉTÉRIORATION SE MESURE EN FAISANT LA DIFFÉRENCE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS AUX TESTS DE VOCABULAIRE (DITS TESTS QUI TIENNENT) ; EXEMPLE TEST DE VOCABULAIRE DE BINOIS ET PICHOT.

ET CEUX OBTENUS AUX TESTS DE PERFORMANCE (DITS TESTS QUI NE TIENNENT PAS) ; EXEMPLE TEST DE RÉTENTION VISUELLE DE BENTON.

L'EXISTENCE D'UNE DÉTÉRIORATION MENTALE PSYCHOLOGIQUE NE RÉSUME PAS TOUS LES PROBLÈMES DU DÉCLIN DES APTITUDES AVEC L'ÂGE.

DES TRAVAUX RÉCENTS (MME PACAUD, J.E.BIRREN ET SES COLLABORATEURS, H.E.JONES, A.T. WELFORD) ENVISAGENT D'AUTRES ASPECTS DU PROBLÈME :

- LA BAISSSE DE RAPIDITÉ OBSERVÉE CHEZ LE SUJET ÂGÉ DANS L'EXÉCUTION D'UNE TÂCHE (INDÉPENDAMMENT DE TOUT HANDICAP PHYSIQUE)
- LA FATIGABILITÉ QUI SE MANIFESTE PAR UNE DIMINUTION DE L'EXACTITUDE AU FUR ET À MESURE QUE LA DURÉE DE LA TÂCHE AUGMENTE.
- LA PRÉCOCITÉ DE LA CHUTE DES PERFORMANCES MNÉMONIQUES SURTOUT EN CE QUI CONCERNE LA MÉMOIRE DES FAITS RÉCENTS, LA PLUS TOUCHÉE CHEZ LES SUJETS ÂGÉS.

Tous ces facteurs ensemble expliquent des faits que chacun a pu constater.

- DIFFICULTÉS DANS L'ACQUISITION DES FONCTIONS NOUVELLES CHEZ LES SUJETS D'UN CERTAIN ÂGE.
- DIFFICULTÉS D'ADAPTATION À DES SITUATIONS IMPRÉVUES BONT LA CONTREPARTIE EST JUSTEMENT LA RIGIDITÉ, LE DOGMATISME, LE CONSERVATISME SI FRÉQUENTS CHEZ CES SUJETS.

TOUTES CES DONNÉES DOIVENT ABOUTIR À L'ÉTABLISSEMENT DES TABLES ÉTALONNÉES EN FONCTION DE L'ÂGE CHRONOLOGIQUE POUR LES DIFFÉRENTS TESTS : DONT LA SIMPLE LECTURE PERMETTRA DE DIRE SI UN SUJET A OU N'A PAS UNE DÉTÉRIORATION PLUS IMPORTANTE QUE NE LE VOUDRAIT SON ÂGE CHRONOLOGIQUE.

RÉSULTATS OBTENUS

DANS NOTRE GROUPE DE MALADES, UN TRÈS PETIT NOMBRE AVAIT FAIT L'OBJET D'ÉPREUVES PSYCHOMÉTRIQUES PENDANT OU IMMÉDIATEMENT APRÈS LEUR ACCÈS DÉPRESSIF.

EN OUTRE EN 1952 LA MESURE DE LA DÉTÉRIORATION ÉTAIT BEAUCOUP MOINS BIEN CODIFIÉE QU'ELLE NE L'EST DE NOS JOURS : ELLE S'EST PROGRESSIVEMENT COMPLÉTÉE ET ENRICHIE DE TESTS NOUVEAUX.

SI BIEN QUE LES QUELQUES 10 MALADES QUI AVAIENT ÉTÉ TESTÉES NE L'AVAIENT PAS ÉTÉ À L'AIDE DE TESTS HOMOGÈNES, CE QUI REND L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES PLUS ALÉATOIRES.

NÉANMOINS NOUS ALLONS RAPPORTER LES RÉSULTATS QUE NOUS AVONS PU RÉUNIR. LES MALADES SONT CLASSÉES DANS L'ORDRE CHRONOLOGIQUE DES DATES AUXQUELLES ELLES FURENT EXAMINÉES.

LES PRINCIPAUX TESTS EMPLOYÉS FURENT :

- LE TEST DE WECHSLER-BELLEVUE : QUI EST UN TEST COMPOSITE COMPRENANT DES ÉPREUVES VERBALES ET DES ÉPREUVES DE PERFORMANCE. IL PERMET DE MESURER UN INDICE DE DÉTÉRIORATION QUI A PEU DE PORTÉE PRATIQUE.

- LE TEST DE VOCABULAIRE DE BINOIS ET PICHOT)
- LE TEST DE RÉTENTION VISUELLE DE BENTON)

DÉJÀ RENCONTRÉS DANS L'ÉTUDE DE LA DÉTÉRIORATION

- LE TEST DE RORSCHACH : QUI OUTRE LES SIGNES DE DÉPRESSION QU'ON Y RETROUVE PEUT TÉMOIGNER PAR CERTAINS DE SES ASPECTS DE L'EXISTENCE ÉVENTUELLE D'UN PSYCHOSYNDROME ORGANIQUE
- LA FIGURE COMPLEXE DE REY : TEST D'APTITUDE GRAPHIQUE

LES RÉSULTATS OBTENUS AUX DIFFÉRENTS TESTS SONT REPORTÉS SUR LE TABLEAU CI-CONTRE :

QIT : QUOTIENT INTELLECTUEL TOTAL
D : INDICE DE DÉTÉRIORATION

TEST EMPLOYÉ	WECHSLER BELLEVUE	VOCABULAIRE BINOIS PICHOT	BENTON	RORSCHACH	FIGURE DE REY	CONCLUSION
1ER MALADE	QIT = 86 D = 22 %					?
2ÈME MALADE	QIT = 82					?
3ÈME MALADE	QIT = 107	QI = 106	NOTE PRÉSUMÉE 7 OBTENUE 6 DIFF. = 1			PAS DE DÉTÉRIORATION
4ÈME MALADE	QIT = 105					?
5ÈME MALADE	QIT = 114	QI = 115	NOTE PRÉSUMÉE 9 OBTENUE 7 DIFF. = 2			PAS DE DÉTÉRIORATION
6ÈME MALADE	QIT = 103	QI = 108	NOTE PRÉSUMÉE 7 OBTENUE 6 DIFF. = 1	ANCIEN PSYCHO-SYNDROME ORGANIQUE		PAS DE DÉTÉRIORATION ORGANIQUE
7ÈME MALADE		QI = 93	NOTE PRÉSUMÉE 7 OBTENUE 2 DIFF. = 5			DÉTÉRIORATION TRÈS PROBABLE
8ÈME MALADE	QIT = 110	QI = 108	NOTE PRÉSUMÉE 8 OBTENUE 4 DIFF. = 4	ANCIEN PSYCHO SYNDROME ORGANIQUE		PAS DE DÉTÉRIORATION ORGANIQUE
9ÈME MALADE		QI = 126	NOTE PRÉSUMÉE 8 OBTENUE 7 DIFF. = 1	ANCIEN PSYCHO SYNDROME ORGANIQUE	COPIE : STADE II	PAS DE DÉTÉRIORATION
10ÈME MALADE		QI = 110	NOTE PRÉSUMÉE 8 OBTENUE 2 DIFF. = 6	PRÉSENCE D'UN PSYCHO-SYNDROME ORGANIQUE		DÉTÉRIORATION INDISCUTABLE D'ÉTIOLOGIE ORGANIQUE

PAR SIMPLE LECTURE DE CE TABLEAU NOUS VOYONS QUE LES TESTS NE SONT PAS HOMOGÈNES.

AINSI :

- 3 MALADES (1ÈRE - 2ÈME ET 4ÈME)

ONT PASSÉ SEULEMENT L'ÉCHELLE DE WECHSLER BELLEVUE : ET POUR ELLES ON NE PEUT CONCLURE À L'EXISTENCE OU NON D'UNE DÉTÉRIORATION

- 3 MALADES (6ÈME-8ÈME ET 9ÈME)

ONT ÉTÉ VUES EN PÉRIODE DE PROFONDE DÉPRESSION : CE QUI DONNE UN NIVEAU D'EFFICIENCE DIMINUÉ (DU FAIT DU RALENTISSEMENT THYMIQUE).

SI CES MALADES N'AVAIENT PAS ÉTÉ DÉPRIMÉES OU AURAIT CONCLU CHEZ ELLES À L'EXISTENCE D'UN DÉFICIT ; EN L'OCCURENCE ON SE CONTENTE DE DIRE QUE LES TESTS NE MONTRENT AUCUN SIGNE PERMETTANT DE SOUPÇONNER UNE DÉTÉRIORATION ORGANIQUE.

EN EFFET LA DÉTÉRIORATION MENTALE PSYCHOMÉTRIQUE TELLE QU'ON LA MESURE EST LA RÉSULTANTE D'UNE DÉTÉRIORATION INTELLECTUELLE PROPREMENT DITE ET DE L'ACTION DE FACTEURS AFFECTIFS.

LA DÉTÉRIORATION INTELLECTUELLE JOUE UN RÔLE PRÉDOMINANT DANS LES DÉMENCES.

LE FACTEUR THYMIQUE EXPLIQUE LA PRÉSENCE D'UNE DÉTÉRIORATION PSYCHOMÉTRIQUE DANS LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE, LES PSYCHOSES D'INVOLUTION (DÉTÉRIORATION ANALOGUE À CELLE RENCONTRÉE DANS LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE) DANS CERTAINES PSYCHONÉVROSES À COMPOSANTE ANXIEUSE OU DÉPRESSIVE (P. PICHOT)

- 2 MALADES (3ÈME ET 5ÈME)

SEMBLAIENT PARFAITEMENT NORMALES AU POINT DE VUE INTELLECTUEL

- ENFIN 2 MALADES (7ÈME ET 10ÈME)

AVAIENT UNE DÉTÉRIORATION PATHOLOGIQUE D'ÉTIOLOGIE ORGANIQUE C'EST À DIRE UN AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL.

IL ÉTAIT SEULEMENT PROBABLE CHEZ LA PREMIÈRE, IL ÉTAIT PAR CONTRE CERTAIN CHEZ LA SECONDE QUI A ÉTÉ REVUE APRÈS RÉDUCTION DE L'ÉLÉMENT DÉPRESSIF ET CHEZ QUI PERSISTAIENT DES SIGNES DÉFICITAIRES.

SIGNALONS QUE CHEZ CETTE DERNIÈRE EXISTAIT UNE INTOXICATION ÉTHYLIQUE SURAJOUTÉE QUI EXPLIQUAIT PEUT-ÊTRE, TOUT AU MOINS PARTIELLEMENT, LES MAUVAIS RÉSULTATS OBTENUS AUX TESTS.

EN CONCLUSION DE CETTE ÉTUDE PSYCHOMÉTRIQUE AYANT PORTÉ SUR 10 MALADES (9 DU GROUPE A, LA 10ÈME SEULEMENT DU GROUPE B) :

ON RETROUVE UNE DÉTÉRIORATION PATHOLOGIQUE D'ORIGINE ORGANIQUE CERTAINE CHEZ 2 MALADES SEULEMENT.

MAIS ON N'A PU AFFIRMER L'INTÉGRITÉ RIGOUREUSE DES FONCTIONS INTELLECTUELLES QUE DANS 2 CAS.

AJOUTONS À CES QUELQUES RÉSULTATS UNE REMARQUE IMPORTANTE : À SAVOIR QUE CES 10 MALADES N'AVAIENT PAS ÉTÉ CHOISIES AU HASARD DANS NOTRE POPULATION DE MÉLANCOLIQUES ; IL S'AGISSAIT DE MALADES DONT L'ASPECT CLINIQUE, OU L'ALLURE TRAÎNANTE DES TROUBLES AVAIENT PÛ FAIRE SOUPCONNER UN AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL.

EN FAIT UNE TELLE ÉTUDE POUR AVOIR DE LA VALEUR DEVRAIT PORTER SYSTÉMATIQUEMENT SUR TOUS LES MALADES, ET DEVRAIT COMPORTER UNE BATTERIE DE TESTS, FIXÉE AU PRÉALABLE ET LA MÊME POUR TOUS.

AUTRE REMARQUE :

IL EUT ÉTÉ INTÉRESSANT D'ÉTUDE PAR DES TESTS STANDARD OUTRE LES APTITUDES ET LA DÉTÉRIORATION, LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES MALADES.

EN EFFET L'ÉTUDE CLINIQUE QUE NOUS EN AVONS DONNÉE NE PEUT-ÊTRE QU'APPROXIMATIVE, LES CATÉGORIES N'ÉTANT PAS TOUJOURS DÉFINIES AVEC RIGUEUR ET LE CÔTÉ SUBJECTIF DE CETTE CLASSIFICATION L'EMPORTANT FINALEMENT SUR SON ASPECT OBJECTIF.

(QUELQUES UNES DE NOS MALADES SEULEMENT AVAIENT RÉPONDU À UN QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITÉ : LE M.M.P.I. (MINNESOTA MULTIPHASE PERSONALITY INVENTORY) MAIS LES RÉSULTATS QUI OBJECTAIENT SURTOUT LA COMPOSANTE DÉPRESSIVE NOUS ONT PARU SANS INTÉRÊT : C'EST POURQUOI NOUS N'EN FERONS PAS ÉTAT).

I - RÉSULTATS DE QUELQUES EXAMENS BIOLOGIQUES

1 - AUX EXAMENS SYSTÉMATIQUES

(NOUS NOUS CONTENTERONS D'EXPOSER ICI LES RÉSULTATS ANORMAUX)

- URÉE	0,45 g.	:	11 CAS
- GLYCÉMIE	1g.	:	6 CAS
- CHOLESTÉROL TOTAL	2,60g.	:	12 CAS
- B.W.	+	:	2 CAS

2 - AUX EXAMENS DE SPÉCIALITÉ

MÉTABOLISME DE BASE : AUGMENTÉ DANS 1 CAS

FIXATION D'IODE RADIOACTIF : AUGMENTÉE DANS 1 CAS

FROTTIS VAGINAUX : 2 CAS : ASPECT DE MÉNOPAUSE TYPIQUE

DOSAGE DE 17 CETO-STEROIDES : 5 CAS : 1 = 4MG/24H

2 = 4,7

3 = 4,9

4 = 6,4

5 = 7,0

DOSAGE DES 17 HYDROXY-STÉROIDES 1 CAS (= 2,4 MG/24H)

DOSAGE DES 11 OXYSTÉROIDES 1 CAS (= 2,18 MG/24H)

DOSAGE DES FS H 1 CAS (= 30 U SOURIS)

II - RESULTATS DE L'E.E.G.

	GRUPE A	GRUPE B	GRUPE C
NOMBRE DE TRACÉS RÉALISÉS	42	5	10
TRACÉS NORMAUX	20	2	2
TRACÉS LÉGÈREMENT ALTÉRÉS	10	3	5
TRACÉS NETTEMENT ALTÉRÉS	12	0	3
ALTÉRATIONS	ONDES LENTES 18 ASPECT IRRITATIF 15 ASYMÉTRIE 3 SIGNES EN FOYER 0	ONDES LENTES 3 ASPECT IRRITATIF 3 ASYMÉTRIE 0 SIGNES EN FOYER 0	ONDES LENTES 7 ASPECT IRRITATIF 5 ASYMÉTRIE 0 SIGNES EN FOYER 0

VI - ETUDE EVOLUTIVE ET PRONOSTIQUE

AVANT DE FAIRE L'EXPOSÉ DE NOS RÉSULTATS, NOUS NOUS PROPOSONS DE FOURNIR QUELQUES DONNÉES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE, TELS QUE LES DIVERS AUTEURS L'ENVISAGEAIENT AVANT, PUIS APRÈS TRAITEMENT.

1°/ AVANT L'APPARITION DES THÉRAPEUTIQUES ANTIDÉPRESSIVES

LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ÉTAIT CONSIDÉRÉE COMME UNE MALADIE PLUS LONGUE ET PLUS GRAVE QUE L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE D'UNE PSYCHOSE MANAACO DÉPRESSIVE.

ON INSISTAIT SUR SA DURÉE PARFOIS TRÈS PROLONGÉE, SON PASSAGE POSSIBLE À LA CHRONICITÉ.

ENFIN ON DISCUTAIT DE LA POSSIBILITÉ OU NON D'UNE ÉVOLUTION DÉMENTIELLE.

KRACPELIN LUI-MÊME AFFIRMAIT QUE LA MARCHÉ DE L'AFFECTION ÉTAIT LONGUE ET DÉPASSAIT PRESQUE TOUJOURS 1 OU 2 ANS ET MÊME PARFOIS DAVANTAGE.

MAIS IL DISAIT QUE LE PRONOSTIC ÉTAIT EN GÉNÉRAL ASSEZ FAVORABLE PUISQU'1/3 ENVIRON DES MALADES REVENAIT À LA SANTÉ. IL DONNE DANS LA VIIÈME ÉDITION DE SES OEUVRES LA STATISTIQUE SUIVANTE : (CITÉE PAR GAUSSEN DANS SA THÈSE)

- GUÉRISONS 32 %
- AMÉLIORATIONS 23 %
- MALADES NON GUÉRIES 26 %
- MALADES MORTS 2 ANS APRÈS LE DÉBUT 19 %

IL AJOUTAIT PAR CONTRE QUE "LES CAS GRAVES PEUVENT LAISSER À LEUR SUITE UN CERTAIN DEGRÉ D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL ET QUELQUES TRACES DE DÉPRESSION ANXIEUSE".

GAUSSEN (1911) DONNE DES CHIFFRES TRÈS VOISINS EN CE QUI CONCERNE LA GUÉRISON.

LE PASSAGE À LA CHRONICITÉ EST OBSERVÉ CHEZ LUI DANS DES LIMITES TRÈS VARIABLES (7 À 44 %). "LA PSYCHOSE SE PROLONGE DES MOIS, DES ANNÉES, AVEC DES ALTERNATIVES INNOMBRABLES D'AGGRAVATIONS ET DE RÉMISSIONS :

IL PEUT ARRIVER QUE L'ON OBTIENNE UNE GUÉRISON COMPLÈTE SANS DÉFICIT INTELLECTUEL, MAIS EN GÉNÉRAL APRÈS UNE PAREILLE ÉPREUVE LES FACULTÉS SONT AMOINDRIES. CEPENDANT IL S'AGIT LÀ D'UN AFFAIBLISSEMENT ET NON PAS D'UNE DÉMENCE", DIT-IL.

EN EFFET LES CAS DE MÉLANCOLIE QUI SONT CENSÉS SOMBRER DANS LA DÉMENCE CONSTITUENT POUR KRACPELIN DES ERREURS DE DIAGNOSTIC : IL S'AGISSAIT LÀ DE DÉMENCES PRIMITIVES DONT LE DÉBUT AVAIT ÉTÉ MÉCONNUE.

POUR HOCH ET MAC CURDY LA GUÉRISON LORSQU'ELLE SURVIENT LE FAIT DANS LES 4 ANS QUI SUIVENT ; EN MOYENNE POUR EUX L'ACCÈS DURE (20 MOIS $\frac{1}{2}$). MAIS LES AUTEURS ONT CITÉ DES CAS QUI GUÉRIRENT APRÈS PLUSIEURS ANNÉES 7 ANS DANS 1 CAS DE GAUPP, 13 ANS DANS 1 CAS D'HALBERSTADT.

M^{RS}P. ABELY DANS "LES TERMINAISONS DE LA MÉLANCOLIE" PARLE DE GUÉRISON DÉFINITIVE DE LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE DANS 30 % DES CAS, MAIS AJOUTAIT CE QUI EST PLUS CONTESTABLE :

"CHEZ LE OU LA MALADE PRÉSÉNILE N'AYANT JAMAIS EU D'ACCÈS ANTÉRIEUR, ON POURRA SANS TROP DE TÉMÉRITÉ ET APRÈS GUÉRISON, PRONOSTIQUER L'ABSENCE DE RÉCIDIVE".

IL PARLE DE PASSAGE À LA CHRONICITÉ DANS 40 % DES CAS SOUS FORME DE MÉLANCOLIE CHRONIQUE SIMPLE OU DE DÉLIRE MÉLANCOLIQUE CHRONIQUE (DU TYPE DU DÉLIRE DE COTARD) SURTOUT CHEZ LES FEMMES AYANT DÉPASSÉ LA MÉNOPAUSE.

MAIS L'ÉVOLUTION DÉMENTIELLE EST SURTOUT LE FAIT DES MÉLANCOLIES ORGANIQUES.

ET ALORS QU'ANGLADE (1931) PRÉTENDAIT QUE "LA MÉLANCOLIE TARDIVE PEUT VERSER APRÈS UNE SÉRIE PLUS OU MOINS LONGUE D'ACCÈS DANS LA DÉMENCE ARTÉRIOSCLÉREUSE, HALBERSTADT (1934) S'IL NE FAIT PAS LE CHOIX ENTRE LES PARTISANS DE L'ACCÈS UNIQUE (ABELY - GAUSSEN) ET CEUX DE LA RÉCIDIVE POSSIBLE (GAUPP) EST FORMEL SUR L'ABSENCE DE DÉVELOPPEMENT DÉMENTIEL VÉRITABLE MÊME APRÈS UNE LONGUE DURÉE DE LA MALADIE, ADMETTANT SEULEMENT LA POSSIBILITÉ D'UN RÉTRÉCISSEMENT ULTÉRIEUR DE LA PERSONNALITÉ :

CHAMP D'INTÉRÊT PLUS RESTREINT

CONTACTS LIMITÉS AVEC L'ENTOURAGE

HUMEUR PLUS MOROSE (ETC...)

COULEON (1935) EST PLUS PESSIMISTE.

POUR LUI LA GUÉRISON DÉFINITIVE NE SURVIENDRAIT QUE DANS UN SIXIÈME DE CAS, L'ÉVOLUTION ÉTANT SOUVENT DÉFAVORABLE VERS LA MORT OU LA CHRONICITÉ, ET SI LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE DE LUI SEMBLAIT PAS UNE FORME PRIMITIVE DE DÉMENCE, IL ADMETTAIT QUE L'ATROPHIE CÉRÉBRALE POUVAIT ATTEINDRE SECONDAIREMENT LES MÉLANCOLIQUES INVOLUTIFS.

EN CONCLUSION

SI NOUS SÉPARONS DÉFINITIVEMENT MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET MÉLANCOLIES ORGANIQUES SURTOUT ARTÉRIOSCLÉREUSES, LA PREMIÈRE N'ÉVOLUE JAMAIS VERS LA DÉMENCE MAIS RESTE UNE MALADIE GRAVE : LE POURCENTAGE DE GUÉRISON ÉTANT IMPOSSIBLE À FIXER DU FAIT DE SES VARIATIONS D'UN AUTEUR À L'AUTRE.

2°/ DEPUIS L'APPARITION DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES DANS LA DÉPRESSION :
LES ÉLECTROCHOC D'ABORD, LES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS ENSUITE, L'ÉVOLUTION A CHANGÉ RADICALEMENT TOUT AU MOINS EN CE QUI CONCERNE LE PROGNOSTIC IMMÉDIAT DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

A/ L'ACTION DES ÉLECTROCHOC

DANS LE MANUEL DE PSYCHIATRIE DE MAYER GROSS, SLATER ET ROTH, LE PROGNOSTIC EST DÉCRIT COMME MOINS FAVORABLE ET LA RÉPONSE À LA CONVULSIVOTHÉRAPIE MEILLEURE QUE DANS LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE. EN EFFET SARGENT ET SLATER (CITÉS PAR TAIT HARPER ET MAC CLATCHEY) RAPPORTANT LES RÉSULTATS DE LA CONVULSIVOTHÉRAPIE AFFIRMENT QUE "DE TOUTS LES SYNDROMES DÉPRESSIFS CEUX DU VIEIL ÂGE RÉAGISSENT LE MIEUX". DIGO DANS SA THÈSE SUR LA MÉLANCOLIE ET L'ÉLECTROCHOC PENSE QUE PARMI LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES QUE L'ON OBSERVE À PARTIR DE 40 ANS CHEZ DES SUJETS N'AYANT PRÉSENTÉ AUCUN ACCÈS ANTÉRIEUR, IL FAUT SÉPARER D'UNE PART LES MÉLANCOLIES ARTÉRIOSCLÉREUSES ET AUTRES FORMES DE L'ÂGE AVANCÉ RELEVANT DE LÉSIONS DÉFINITIVES, ET D'AUTRE PART LES MÉLANCOLIES FONCTIONNELLES QUI PEUVENT D'AILLEURS RECONNAÎTRE UN PROCESSUS ORGANIQUE (ENDOCRINIEN, MÉTABOLIQUE, INFECTIEUX) MAIS NE LAISSENT PAS DE LÉSIONS DESTRUCTIVES IRRÉVERSIBLES.

L'ÉLECTROCHOC FOURNIT À CE PROBLÈME NOSOGRAPHIQUE UN ARGUMENT SUPPLÉMENTAIRE EN RÉSERVANT AUX SEULES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION L'EFFICACITÉ ET LA STABILITÉ DE SON ACTION THÉRAPEUTIQUE.

IL CITE 2 DES CAS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, L'UN ÉVOLUANT SANS INTERRUPTION DEPUIS 3 ANS, L'AUTRE DEPUIS 12 ANS, QUI RÉUNISSAIENT TOUS LES ÉLÉMENTS CLASSIQUES DU MAUVAIS PROGNOSTIC ET QUE L'ON CONSIDÉRAIT COMME PATHOGNOMONIQUES D'UNE ÉVOLUTION CHRONIQUE ET DÉMENTIELLE, ET QUI CEPENDANT ONT PARFAITEMENT GUÉRI.

MR. J. DELAY AJOUTE QUE SI L'ÉLECTROCHOC CORRIGE LE TROUBLE DE L'HUMEUR, IL LAISSE INTACTE LA STRUCTURE NÉVROTIQUE QUI EN EST INDÉPENDANTE, EN PARTICULIER LA STRUCTURE OBSESSIONNELLE DE BASE DONT ON A VU LA FRÉQUENCE CHEZ LES MÉLANCOLIQUES D'INVOLUTION.

PAR CONTRE L'ÉLECTROCHOC AGIT PARFAITEMENT BIEN DANS LE CAS PARTICULIER DES OBSESSIONS SYMPTOMATIQUES DE LA MÉLANCOLIE ALORS QU'IL RESTE SANS ACTION SUR LES OBSESSIONS DE LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE.

"L'ÉLECTROCHOC FAIT DISPARAÎTRE LES IDÉES DÉLIRANTES ET LA MÉLANCOLIE, IL LAISSE SUBSISTER LES OBSESSIONS ET LA PSYCHASTHÉNIE. LES AUTRES APPARTIENNENT À UNE SPHÈRE PSYCHIQUE BEAUCOUP PLUS ÉLABORÉE ET INTELLECTUALISÉE, TRADUISANT TOUTE UNE ORGANISATION AFFECTIVE NÉVROTIQUE DE LA PERSONNALITÉ".

L'ÉLECTROCHOC JOUE DONC UN RÔLE D'"ANALYSEUR".

LES POURCENTAGES DE GUÉRISONS OBTENUS PAR L'ÉLECTROCHOC DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION VARIENT DANS DES PROPORTIONS CONSIDÉRABLES À TRAVERS LES STATISTIQUES.

CITONS LES RÉSULTATS DE 2 IMPORTANTS RAPPORTS PRÉSENTÉS AU CONGRÈS DE LAUSANNE EN 1946 (ET RAPPORTÉS PAR DIGO DANS SA THÈSE).

- CELUI DE COSSA QUI FAIT ÉTAT DE 17 STATISTIQUES TOTALISANT 869 MALADES POUR LESQUELS IL ÉTABLIT UNE MOYENNE DE 56 % DE RÉMISSIONS COMPLÈTES IMMÉDIATES ET DE 19 % D'ÉCHECS

- CELUI DE MULLER QUI COMPTE 80 À 90 % DE GUÉRISONS SI LA MALADIE NE REMONTE PAS À PLUS DE 6 MOIS.

CES VARIATIONS TIENNENT PEUT-ÊTRE EN PARTIE À UN FACTEUR INSUFFISAMMENT DÉFINI, DONT LE RÔLE EST CERTAINEMENT IMPORTANT DANS L'ÉLABORATION DES STATISTIQUES, ET QUI EST CELUI DU CRITÈRE DE GUÉRISON : IL FAUT FAIRE INTERVENIR DANS CE DERNIER, LE CRITÈRE DU TEMPS :

"IL EST DIFFICILE DE DÉTERMINER, MAIS IL SEMBLE QU'UN DÉLAI D'UN AN DE RÉMISSION EN COURS DUQUEL LE MALADE SERAIT SUIVI POURRAIT PERMETTRE D'ÉLIMINER TOUT RISQUE D'INTERPRÉTATION TROP FAVORABLE," SIGNELE DIGO DANS SON TRAVAIL SUR LA "MÉLANCOLIE ET L'ÉLECTROCHOC."

B/ L'ACTION DES MÉDICAMENTS ANTI-DÉPRESSEURS

L'IPRONIAZIDE (OU MARSILID) INTRODUIT PAR NATHAN KLINE EN 1957 ET L'IMIPRAMINE (OU TOPRANIL) INTRODUIT PAR R. KUHN (1) SONT LES 2 MÉDICAMENTS LES PLUS EMPLOYÉS.

AU POINT DE VUE CLINIQUE CE SONT DES STIMULANTS PSYCHIQUES OU PSYCHO-ANALEPTIQUES.

MAIS SURTOUT ILS AGISSENT DE FAÇON ÉLECTIVE SUR LA RÉGULATION DE L'HUMEUR : CE SONT DES THYMO-ANALYPTIQUES.

LEUR ACTION THÉRAPEUTIQUE EST ESSENTIELLEMENT BIOLOGIQUE, ON A PU INVOQUER DANS SON MÉCANISME LA STIMULATION DES FONCTIONS ADRENERGIQUES.

LE POURCENTAGE DES RÉSULTATS FAVORABLES VARIE ENTRE 40 ET 60 % DES CAS SUIVANT LES STATISTIQUES.

POUR LES DÉPRESSIONS APPARUES APRÈS 45 ANS, NON ORGANIQUES, C'EST À DIRE POUR LES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION MESSIEURS J. DELAY ET DENICKER FOURNISSENT LES RÉSULTATS SUIVANTS :

	NB DE CAS	RÉMISSIONS COMPLÈTES	TRÈS BONNES AMÉLIORATIONS	AMÉLIORATIONS SYMPTOMATIQUES OU TEMPORAIRES	EFFET NUL OU DOUTEUX	AGGRAVATION
AVEC L'IPRONIAZIDE	21	2	9 52 %	4	6	0
AVEC L'IMIPRAMINE (RÉSULTATS STATISTIQUES DE 2 ANS)	99	19	45 64 %	22	10	3

LES RÉSULTATS SONT MEILLEURS AVEC L'IMIPRAMINE.

DANS LES 2 CAS IL IMPORTE DE POURSUIVRE LE TRAITEMENT À DES DOSES D'ENTRETIEN APRÈS GUÉRISON DE L'ACCÈS, CECI PENDANT PLUSIEURS MOIS. LES MÉDICAMENTS ANTI-DÉPRESSEURS PEUVENT ÊTRE EMPLOYÉS EN ASSOCIATION :

- AVEC LES NEUROLEPTIQUES : CHLORPROMAZINE

LEVOMEPRIMAZINE : ET C'EST CETTE DERNIÈRE ASSOCIATION QUI FOURNIT LE POURCENTAGE LE PLUS ÉLEVÉ DE SUCCÈS DANS LES DÉPRESSIONS Y COMPRIS LES DÉPRESSIONS D'INVOLUTION.

(DANS LES DÉPRESSIONS D'INVOLUTION AYANT UN CARACTÈRE ESSENTIELLEMENT PARANOÏDE, UNE CURE DE NEUROLEPTIQUES EN INJECTION DONNE DE BONS RÉSULTATS).

- AVEC LES ÉLECTROCHOC : L'IMIPRAMINE PERMETTANT DE RÉDUIRE AU MINIMUM LE NOMBRE DE SÉANCES DE SISMOTHÉRAPIE, TANDIS QUE LE MÉDICAMENT ANTIDÉPRESSEUR CONTRIBUE AU MAINTIEN ULTÉRIEUR DES RÉSULTATS ACQUIS. DANS LES CAS MOYENS ET GRAVES LES 2 MÉTHODES SE COMBINENT : SELON LA GRAVITÉ ET L'URGENCE C'EST LA QUESTION DE L'ORDRE SUIVANT LEQUEL CES THÉRAPEUTIQUES SERONT ADMINISTRÉES QUI SE POSE.

LA CHIMIOTHÉRAPIE APPARAÎT COMME UN PROGRÈS INCONTESTABLE DANS LE CAS DE DÉPRESSION D'INVOLUTION RÉCIDIVANTES OU LES CURES D'ÉLECTROCHOC EN SE RÉPÉTANT ÉPUISAIENT LEUR EFFICACITÉ ET ENTRAÎNAIENT DES TROUBLES INTELLECTUELS SÉRIEUX.

ELLE A L'AVANTAGE DE POUVOIR ÊTRE EMPLOYÉE EN CURE AMBULATOIRE DANS LES FORMES LÉGÈRES, EXEMPTES D'IDÉES DE SUICIDE.

C/ LES INTERVENTIONS PSYCHOCHIRURGICALES :

LEUCOTOMIE, LOBOTOMIE, N'ONT PAS ÉTÉ PLEINEMENT EXPLORÉES DANS LE TRAITEMENT DES PSYCHOSES AFFECTIVES, DE PLUS LEURS INDICATIONS ONT DÉCRU AVEC L'INTRODUCTION DES CHIMIOTHÉRAPIES MODERNES.

CEPENDANT ELLES GARDENT LEUR INDICATION DANS LES CAS DE MÉLANCOLIES D'INVOLUTION QUI N'ONT PAS RÉPONDU AUX ÉLECTROCHOC ET AUX MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS

SELON MAYER GROSS, SLATER ET ROTH, "LA LEUCOTOMIE A ALORS DONNÉ DES RÉSULTATS SATISFAISANTS ET LA PLUPART DES OBSERVATEURS NOTENT UN TAUX DE GUÉRISONS DE 60 À 80 %."

D/ QUAND AU TRAITEMENT HORMONAL À BASES D'HORMONES SEXUELLES

SI CERTAINS AUTEURS, ATTRIBUANT LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AUX SEULES MODIFICATIONS SEXUELLES FIRENT ÉTAT DE GUÉRISONS PAR DES OESTROGÈNES À FORTES DOSES (HAWKINSON : 1938),

SI D'AUTRES, Niant leur efficacité dans les formes moyennes et sévères RAPPORTÈRENT NÉANMOINS DE BONS RÉSULTATS DANS LES FORMES SIMPLES TRAITÉES PAR LES OESTROGÈNES (R.DAVIDOFF),

SI D'AUTRES ENFIN PRÉTENDIRENT QUE LES ANDROGÈNES DONNAIENT DANS LES 2 SEXES DE BONS RÉSULTATS,

IL FAUT AVOUER QUE LES HORMONES SEXUELLES N'ONT GÉNÉRALEMENT AUCUN EFFET SUR LES SYMPTOMES DÉPRESSIFS ET NE PEUVENT ÊTRE EMPLOYÉS QUE COMME ADJUVANTS DANS CERTAINS CAS PRÉCIS DE CARENCE ENDOCRINIEUNE D'ORIGINE MÉNOPAUSIQUE.

AINSI IL APPARAÎT QUE GRÂCE AUX THÉRAPEUTIQUES DE CHOCS (CHOCS ÉLECTRIQUES, PLUS RAREMENT CHOCS INSULINIQUES) OU AUX MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS, LE PRONOSTIC IMMÉDIAT EST BON : L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE GUÉRIT LE PLUS SOUVENT DANS UN DÉLAI DE QUELQUES SEMAINES À QUELQUES MOIS.

MAIS LES AUTEURS ADMETTENT DANS L'ENSEMBLE QUE LES RÉCIDIVES SONT POSSIBLES.

STENDSTEDT (1959) TROUVE QUE 74 % DE SES MALADES FONT SEULEMENT UN SEUL ACCÈS DÉPRESSIF ET IL EN DÉCOMPTE ENVIRON 10 % QUI FONT DES ACCÈS DÉPRESSIFS PENDANT 5 ANS ET PLUS. 1 SEUL AVAIT FAIT DE NOMBREUSES RÉCIDIVES (8 PENDANT 8 ANS).

MAIS SON ÉTUDE PRONOSTIQUE PEU DÉTAILLÉE PAR AILLEURS PARAÎT BIEN OPTIMISTE.

UNE ÉTUDE PLUS ANCIENNE DUE À MALAMUD, SANDS ET MALAMUD (1949) TROUVAIT SUR 44 MALADES :

21 MALADES GUÉRIS OU AMÉLIORÉS EN 2 ANS

6 MALADES GUÉRIS OU AMÉLIORÉS APRÈS PLUSIEURS ANNÉES

9 MALADES QUI FIRENT DES RECHUTES

8 MALADES QUI ÉVOLUÈRENT SUR LE MÊME MODE DÉPRESSIF SANS GUÉRIR AU BOUT DE 10 ANS.

SOIT :

60 % DE GUÉRISONS

20 % DE RÉCIDIVES

20 % DE PASSAGES À LA CHRONICITÉ

EN EFFET UNE DEUXIÈME MODALITÉ ÉVOLUTIVE APPARAÎT, QUI EST LA PERSISTANCE DES PHÉNOMÈNES DÉPRESSIFS À L'ÉTAT CHRONIQUE, APPARUE IMMÉDIATEMENT OU APRÈS PLUSIEURS ACCÈS.

RAREMENT L'ÉTAT DÉPRESSIF EST AUSSI ACCENTUÉ QUE DANS LE TABLEAU CLASSIQUE DE LA PÉRIODE D'ÉTAT.

LE PLUS SOUVENT IL S'AGIT D'UN TABLEAU DÉPRESSIF ATTÉNUÉ : OÙ DOMINENT LES PLAINTES HYPOCONDRIQUES, L'HUMEUR MOROSE ET IRASCIBLE,

AVEC DES GÉMISSEMENTS CONTINUELS, UNE REVENDICATION AFFECTIVE À L'ÉGARD DE L'ENTOURAGE, ET UNE RÉDUCTION DE L'ACTIVITÉ, DES CONTACTS, ET DES INTÉRÊTS.

CE TABLEAU AVAIT DÉJÀ ÉTÉ DÉCRIT PAR KRAEPELIN. IL NE S'AGIT PAS D'UN AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL, MAIS PLUTÔT D'UN APPAUVRISSEMENT DE LA PERSONNALITÉ. (LA POSSIBILITÉ D'UNE ÉVOLUTION VERS LA DÉMENCE SEMBLE DÉFINITIVEMENT REJETÉE PAR TOUS LES AUTEURS, À CETTE RÉSERVE PRÈS QU'UNE DÉMENCE SÉNILE OU ARTÉRIOSCLÉREUSE PEUT ULTÉRIEUREMENT SE DÉVELOPPER CHEZ UNE MALADE QUI A FAIT 1 OU PLUSIEURS ACCÈS DE DÉPRESSION D'INVOLUTION).

QUANT AUX ÉVOLUTIONS LÉTHALES ELLES RESTENT TRÈS FRÉQUENTES ; LA MORTALITÉ CHEZ CES MALADES EST EN EFFET PLUS ÉLEVÉE QUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.

POURTANT ON NE MEURT PAS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ; MÊME LES FORMES LES PLUS GRAVES RÉAGISSENT BIEN AUX THÉRAPEUTIQUES APPLIQUÉES (ÉLECTROCHOCs PRÉCOCES SOUS COUVERT D'UN TRAITEMENT GÉNÉRAL VISANT À TRAITER LES DÉSORDRES BIOLOGIQUES QUI PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉS). MAIS D'UNE PART LA FRÉQUENCE DES SUICIDES RESTE ÉLEVÉE, D'AUTRE PART IL FAUT TENIR COMPTE DANS L'ÉVALUATION DE LA MORTALITÉ QU'IL S'AGIT LÀ DE SUJETS DE 45 À 60 ANS, ÂGE AUQUEL DES TARES D'ORDRE GÉNÉRAL APPARAISSENT AVEC UNE GRANDE FRÉQUENCE (HYPERTENSION ETC..).

3°/ ETUDE DU PRONOSTIC

CECI NOUS AMÈNE À ENVISAGER LES FACTEURS QUI INTERVIENNENT DANS LE PRONOSTIC ENCORE RÉSERVÉ DE CETTE AFFECTION.

1/ NOUS ÉLIMINERONS RAPIDEMENT CERTAINS FACTEURS CONSIDÉRÉS COMME DES ÉLÉMENTS DE MAUVAIS PRONOSTIC PAR LES ANCIENS AUTEURS ET QUI SEMBLANT ACTUELLEMENT DE PEU D'INTÉRÊT POUR L'AVENIR, AINSI QUE CERTAINES PARTICULARITÉS DU TABLEAU CLINIQUE.

A) TRAITS PARANOÏDES, HALLUCINATIONS, IDÉES DÉLIRANTES HYPOCONDRIQUES

CONSIDÉRÉS JADIS COMME DES ÉLÉMENTS DE CHRONICITÉ, SEMBLANT ACTUELLEMENT TRÈS BIEN RÉAGIR À LA THÉRAPEUTIQUE (EN PARTICULIER AUX ÉLECTROCHOCs).

AINSI DIGO AFFIRME AVEC RAISON QUE LE PROBLÈME PRONOSTIC DU CO-TARD REJOINT CELUI DE LA MÉLANCOLIE : S'IL S'AGIT D'UN ÉTAT MÉ-

LANCOLIQUE FONCTIONNEL COMME LE RÉALISENT LES MÉLANCOLIES D'IN-
VOLUTION, LE PRONOSTIC EST BON.

PAR CONTRE S'IL EST SYMPTOMATIQUE D'UNE DÉMENCE SÉNILE LE PRO-
NOSTIC EST SANS ESPOIR.

"LE SYNDROME DE COTARD NE PORTE PAS EN SOI SON PRONOSTIC : CELUI
CI NE PEU-ÊTRE CONSIDÉRÉ QU'EN FONCTION D'UNE ÉTIOLOGIE PRÉCISE".

B) LA PRÉSENCE OU L'ABSENCE DE MALADIE SOMATIQUE SURAJOUTÉE

2/ D'AUTRES ÉLÉMENTS MÉRITENT DISCUSSION

AINSI L'EXISTENCE DE TARES HÉRÉDITAIRES SERAIT UN FACTEUR DE MAUVAIS
PRONOSTIC (GAUSSEN, ANDERSON)

AINSI L'ÂGE DES MALADES : AUXQUELS CERTAINS FONT JOUER UN RÔLE DANS
LE PRONOSTIC

KRACPELIN TROUVAIT 40 % DE GUÉRISONS PARMI LES SUJETS DE MOINS DE
50 ANS

25 % PARMI LES SUJETS DE PLUS DE 50 ANS

PALMER ET SHERMAN 55 % ENTRE 40 ET 50 ANS

20 % ENTRE 50 ET 60 ANS

RÔLE DÉNIÉ PAR D'AUTRES. (GAUSSEN)

UNE SITUATION ÉCONOMIQUE MAUVAISE : (PAUVRETÉ) SERAIT ÉGALEMENT UN
ÉLÉMENT DE MAUVAIS PRONOSTIC.

LE MODE DE DÉBUT CERTAINS VOYANT DANS UN MODE DE DÉBUT AIGU, UN
ÉLÉMENT DE BON PRONOSTIC, SURTOUT SI CE DÉBUT SE SITUE APRÈS UN ÉVÈNE-
MENT TRAUMATISANT SÉVÈRE, ALORS QU'AU CONTRAIRE LES DÉBUTS PROLONGÉS
APRÈS DES MICROTRAUMATISMES SÉRAIENT UN FACTEUR DE PLUS MAUVAIS
PRONOSTIC.

LE NIVEAU INTELLECTUEL. LES BONS NIVEAUX LAISSANT PRÉVOIR UN MEIL-
LEUR PRONOSTIC.

3/ PAR CONTRE SEMBLENT JOUER UN RÔLE MOINS DISCUTABLE QUOIQUE NON CER-
TAIN :

LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE PLUS ELLE EST PATHOLOGIQUE (SUJETS HY-
POCONDRIAQUES, RIGIDES, AGRESSIFS OU SENSITIFS) MOINS L'ISSUE SERA
FAVORABLE.

SURTOUT LA SITUATION GÉNÉRALE QUE LE SUJET TROUVERA À SA SORTIE DE
L'HOPITAL.

EN CE QUI CONCERNE LE MILIEU FAMILIAL SURTOUT, ET IL FAUT TENIR COMPTE ICI DE LA RELATION DU MALADE AVEC SA FAMILLE AVANT SA MALADIE, DE L'ATTITUDE DE LA FAMILLE ENVERS LE MALADE ET LA PERSPECTIVE DE SON RETOUR À LA MAISON, DES SENTIMENTS DU MALADE ENVERS SA FAMILLE ET DE SON DÉSIR DE RETOURNER PARMI ELLE.

AINSI L'ISOLEMENT SOCIAL, L'INSTABILITÉ SOCIALE, LE DIVORCE SERAIENT DES FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC. LA SITUATION ÉCONOMIQUE DU MALADE N'EST PAS NON PLUS À NÉGLIGER : LE PASSAGE DE LA RICHESSE À LA PAUVRETÉ, DES DIFFICULTÉS DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL ET SOCIAL SONT DES ÉLÉMENTS DE MAUVAIS PRONOSTIC.

L'IMPORTANCE DE CES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES EXPLIQUE QU'UNE PSYCHOTHÉRAPIE SUIVIE SOIT NÉCESSAIRE DANS CERTAINS CAS APRÈS LA SORTIE DU MALADE. D'AUCUN, MÊME PRÉTENDENT QUE CETTE PSYCHOTHÉRAPIE SI ELLE AVAIT PU ÊTRE APPLIQUÉE DURANT LA LONGUE PHASE PRÉMONITOIRE QUE L'ON RENCONTRE SOUVENT À L'ORIGINE DE CES CAS, AURAIT PRÉVENU LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCÈS.

RÉSULTATS PERSONNELS

NOUS ENVISAGEONS DANS UN 1ER TEMPS : L'ÉVOLUTION IMMÉDIATE
DANS UN 2ÈME TEMPS : L'ÉVOLUTION À DISTANCE
ET ENFIN TRÈS BRIÈVEMENT QUELQUES UNS DES ÉLÉMENTS
DU PRONOSTIC.

1°/ ÉVOLUTION DE L'ACCÈS

A/ LA DURÉE DE L'ACCÈS

EST DIFFICILE À FIXER AVEC PRÉCISION.

EN EFFET LE DÉBUT EST SOUVENT INSIDIEUX, PROGRESSIF.

DE PLUS DANS LE CAS DES MALADES TRAITÉS PAR LES MÉDICAMENTS ANTI-DÉPRESSEURS LA SORTIE DU MALADE PEUT SE FAIRE AVANT SA GUÉRISON DÉFINITIVE ET SOUS COUVERT DE LA THÉRAPEUTIQUE.

NOUS FIXONS LE DÉBUT À LA DATE D'APPARITION DES PREMIERS SIGNES TELLE QU'ELLE RESSORT DE L'INTERROGATOIRE DE LA MALADE ET DE SA FAMILLE, LA FIN DE L'ACCÈS AU JOUR DE LA SORTIE DE L'HOPITAL.

NOUS OBTENONS LES RÉSULTATS SUIVANTS. (VOIR TABLEAUX)

1 - DANS LE GROUPE A

IL APPARAÎT QUE LES DURÉES TRÈS BRÈVES (MOINS D'1 MOIS), ET LES DURÉES TRÈS LONGUES (PLUS DE 5 ANS) SONT L'EXCEPTION

(CEPENDANT IL FAUT INSISTER SUR LA PRÉSENCE DE 3 CAS QUI GUÉRIRENT APRÈS PLUSIEURS ANNÉES D'ÉVOLUTION).

DANS LES 2/3 DES CAS L'ACCÈS DURE DE 1 MOIS À 1 AN.

DANS 1/3 DES CAS IL DURE 1AN ET PLUS.

2/- POUR LE GROUPE B

MÊMES CONSTATATIONS EN CE QUI CONCERNE LES 2 EXTRÊMES
MAIS ICI UN PEU PLUS DE LA MOITIÉ DES CAS SE SITUE DANS
L'INTERVALLE 1MOIS-1AN.

UN PEU MOINS DE LA MOITIÉ DES CAS DANS L'INTERVALLE 1AN -
5ANS.

3 - DANS LE GROUPE C

LES RÉSULTATS SONT TRÈS COMPARABLES À CEUX DU GROUPE B.

CEPENDANT ON NE PEUT RIEN CONCLURE DE LA COMPARAISON ENTRE
CES 3 GROUPES D'INÉGALE IMPORTANCE. LES DIFFÉRENCES OBSERVÉES
ENTRE A, B ET C NE SEMBLANT PAS SIGNIFICATIVES.

LA MAJORITÉ DES ACCÈS DURE MOINS D'1AN.

B/ LA DURÉE D'HOSPITALISATION

FIGURE POUR CHAQUE GROUPE SUR LES TABLEAUX CI-CONTRE
LES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE (3 MOIS AU PLUS) REPRÉSENTENT LA GRANDE MAJORITÉ DES CAS, CECI DANS LES 3 GROUPES.
2 MALADES SEULEMENT SÉJOURNÈRENT PLUS D'1 AN À L'HÔPITAL

C/ TRAITEMENT DE L'ACCÈS

1 - POUR LE GROUPE A

IL FAUT DISTINGUER 2 PÉRIODES

.. AVANT L'INTRODUCTION DES ANTIDÉPRESSEURS

DEPUIS L'INTRODUCTION DES ANTIDÉPRESSEURS (C'EST À DIRE
DEPUIS 1958)

A) AVANT L'INTRODUCTION DES ANTIDÉPRESSEURS

54 MALADES APPARTIENNENT À CETTE CATÉGORIE

LA PLUPART DES MALADES REÇURENT DES ÉLECTROCHOCs.

- 32 MALADES GUÉRIRENT PAR LES ÉLECTROCHOCs EMPLOYÉS SEULS
(NOMBRE MOYEN D'ÉLECTROCHOCs PAR MALADE : 10)

- 3 MALADES GUÉRIRENT PAR LES ÉLECTROCHOCs EMPLOYÉS EN
ASSOCIATION

- AVEC DES CHOCS THERMIQUES
- AVEC UN TRAITEMENT HORMONAL
- AVEC UNE ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE

(PARMI CES 35 MALADES GUÉRIS PAR LES ÉLECTROCHOCs ON DUT AVOIR RECOURS CHEZ 5 D'ENTRE EUX À PLUSIEURS CURES DE CE TRAITEMENT

- 2 CURES FURENT NÉCESSAIRES POUR OBTENIR LA GUÉRISON DE L'ACCÈS CHEZ 3 MALADES
- 3 CURES FURENT NÉCESSAIRES POUR OBTENIR LA GUÉRISON DE L'ACCÈS CHEZ 2 MALADES).
- 3 MALADES SEULEMENT NE FURENT PAS AMÉLIORÉS PAR LES ÉLECTROCHOCs ET ON DUT AVOIR RECOURS CHEZ EUX À D'AUTRES THÉRAPEUTIQUES :
 - STÉMETIL DANS 1 CAS
 - CURE DE SAKEL DANS L'AUTRE
 - LARGACTIL POUR LE 3ÈME

LE LARGACTIL SOUVENT EMPLOYÉ À PETITES DOSES EN ASSOCIATION AVEC LES ÉLECTROCHOCs NE FUT EMPLOYÉ COMME TRAITEMENT DE BASE QUE DANS 5 CAS. ON NOTE 4 SUCCÈS)
1 ÉCHEC) DE CE MÉDICAMENT

LA CURE DE SAKEL FUT UTILISÉ 4 FOIS.

ON NOTE : 3 SUCCÈS

1 ÉCHEC (CHEZ UN MALADE QUI AVAIT DÉJÀ AU PARAVANT DES ÉLECTROCHOCs QUI N'AVAIENT APPORTÉ AUCUNE AMÉLIORATION).

LE TRAITEMENT HORMONAL
(STÉNANDIOL) FUT EMPLOYÉ 3 FOIS COMME TRAITEMENT DE BASE.
ON NOTE : 1 ÉCHEC

1 SUCCÈS

1 RÉSULTAT NON PRÉCISÉ

ENFIN CITONS TOUT À FAIT ACCESSOIREMENT :

- 1 CAS GUÉRI PAR LE STÉMETIL (APRÈS ÉCHEC DES ÉLECTROCHOCs)
- 1 CAS AYANT GUÉRI SANS TRAITEMENT AU BOUT DE 7 ANS (IL AVAIT ÉTÉ CONSIDÉRÉ À TORT COMME UNE ÉVOLUTION DÉMENTIELLE).

- 2 CAS OÙ LES MALADES SORTIRENT AVANT TOUT TRAITEMENT

B) DEPUIS L'INTRODUCTION DES MÉDICAMENTS ANTI-DÉPRESSEURS

38 MALADES APPARTIENNENT À CETTE CATÉGORIE

- 7 MALADES FURENT TRAITÉS D'EMBLÉE PAR LES ÉLECTROCHOCS ET GUÉRIRENT (CHAQUE MALADE RECEVANT EN MOYENNE 8 ÉLECTROCHOC).

- 21 MALADES FURENT TRAITÉS D'EMBLÉE PAR LES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS :

18 PAR LE TOFRANIL ON NOTE 12 SUCCÈS
6 ÉCHECS

2 PAR LE G.34 ON NOTE 2 SUCCÈS
0 ÉCHEC

1 PAR L'AMITRYPTILLINE ON NOTE 1 SUCCÈS
0 ÉCHEC

- 8 MALADES FURENT DONC TRAITÉS PAR L'ASSOCIATION ÉLECTROCHOC PLUS TOFRANIL

6 APRÈS ÉCHEC DU TOFRANIL EMPLOYÉ SEUL
2 D'EMBLÉE

ON NOTE : 7 SUCCÈS (AVEC EN MOYENNE 7 ÉLECTROCHOC PAR MALADE)

1 ÉCHEC

- 2 MALADES FURENT TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LE LARGACTIL SEUL

PRÉCISONS QUE LA MALADE QUI N'AVAIT ÉTÉ AMÉLIORÉE NI PAR LES ANTIDÉPRESSEURS SUCCESSIVEMENT ESSAYÉS (TOFRANIL, NIAMID, MARSILID), NI PAR LES NEUROLEPTIQUES NI PAR LES ÉLECTROCHOC (2 CURES) GUÉRIT FINALEMENT APRÈS 2 ANS DE MALADIE GRÂCE À UNE LOBOTOMIE PRÉFRONTALE.

2 - POUR LE GROUPE B (11 MALADES)

A) AVANT 1958

SUR 6 MALADES

- 5 FURENT TRAITÉS D'EMBLÉE PAR LES ÉLECTROCHOCS SEULS DANS 4 CAS (EN MOYENNE 10)

EN ASSOCIATION AVEC DES HORMONES (STÉNANDIOL) DANS 1 CAS AVEC SUCCÈS

- 1 FUT TRAITÉ PAR DU LARGACTIL SEUL AVEC SUCCÈS

B) APRÈS 1958

SUR 5 MALADES

- 1 FUT TRAITÉE D'EMBLÉE PAR LES ÉLECTROCHOCS ET CE FUT UN ÉCHEC. LA MÊME NE FUT PAS AMÉLIORÉE PAR L'AMITRYPTILLINE, ET LE FUT LÉGÈREMENT PAR LE LARGACTIL.
- 3 FURENT TRAITÉES D'EMBLÉE PAR LES ANTIDÉPRESSEURS ET CE FUT AVEC SUCCÈS
- 1 FUT TRAITÉE PAR L'ASSOCIATION ÉLECTROCHOCS (8) + ANTI-DÉPRESSEUR (TOFRANIL) D'EMBLÉE ET AVEC SUCCÈS

LA MALADE QUI NE FUT PAS AMÉLIORÉE PAR LE TRAITEMENT PAR LES SEULS ÉLECTROCHOC, NE FUT PAS NON PLUS AMÉLIORÉE PAR L'AMITRYPTILLINE PRESCRITE ENSUITE).

3 .. POUR LE GROUPE C (19 MALADES)

A) AVANT 1958

SUR 11 MALADES

- .. 8 MALADES REÇURENT D'EMBLÉE DES ÉLECTROCHOCS
ON NOTE : 7 SUCCÈS (AVEC UNE MOYENNE DE 9 EC PAR MALADE)

1 ÉCHEC

- .. 2 MALADES FURENT TRAITÉES D'EMBLÉE PAR LE LARGACTIL À FORTES DOSES (JUSQU'À 750MG/JOUR DANS 1 CAS) ET GUÉRIRENT.

À TITRE ACCESSOIRE CITONS :

- 1 MALADE GUÉRIE PAR LA SEULE ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE FRACTIONNÉE
- 1 MALADE TRAITÉE PAR CURE DE SAKEL SANS SUCCÈS (APRÈS ÉCHEC DES ÉLECTROCHOC)
(CETTE MALADE GUÉRIT AU BOUT DE 5 ANS DE MALADIE GRÂCE À UNE INTERVENTION DE LOBOTOMIE PRÉFRONTALE).

B) APRÈS 1958

SUR 9 MALADES

- 2 REÇURENT DES ÉLECTROCHOCS D'EMBLÉE ET GUÉRIRENT (EN MOYENNE 9 PAR MALADE)
- 7 REÇURENT DES ANTIDÉPRESSEURS D'EMBLÉE
DU TOFRANIL DANS 4 CAS AVEC SUCCÈS 3 FOIS
SANS SUCCÈS 1 FOIS
DU NIAMID DANS 1 CAS AVEC SUCCÈS

DU G 34 DANS 1 CAS AVEC SUCCÈS

DE L'AMITRYPTILLINE DANS 1 CAS AVEC PEU DE SUCCÈS

L'ASSOCIATION ÉLECTROCHOC PLUS TOFRANIL

FUT APPLIQUÉ À LA MALADE NON AMÉLIORÉE PAR LE TOFRANIL,
CECI AVEC SUCCÈS (8 E.C.)

EN CONCLUSION DE CE CHAPITRE DE TRAITEMENT UN PEU FASTIDIEUX
LES 3 GROUPES NE PARAISSENT PAS PRÉSENTER DE SENSIBILITÉ DIFFÉ-
RENTE AUX DIVERS TRAITEMENTS.

DANS L'ENSEMBLE DES NOTIONS SUIVANTES APPARAISSENT VÉRIFIÉES
DANS CHAQUE GROUPE :

- UN PEU PLUS DE LA MOITIÉ DES MALADES FURENT TRAITÉES D'EMBLÉE
PAR LES ÉLECTROCHOCs EMPLOYÉS SEULS (OU EN ASSOCIATION AVEC LES
NEURO-LEPTIQUES À PETITES DOSES, ET AVEC DES BARBITURIQUES),
CECI AVEC UNE PROPORTION DE SUCCÈS COMPRISE ENTRE 80 ET 90 %
DES CAS.
- UN PEU MOINS DU TIERS DES MALADES FURENT TRAITÉES D'EMBLÉE PAR
LES ANTIDÉPRESSEURS EMPLOYÉS SEULS (OU EN ASSOCIATION AVEC DE
PETITES DOSES DE NEUROLEPTIQUES ET DES BARBITURIQUES) AVEC UNE
PROPORTION DE SUCCÈS UN PEU MOINDRE (SAUF DANS LE GROUPE B)
ENVIRON 70 % DES CAS POUR LES GROUPES A ET C.
- L'ASSOCIATION ÉLECTROCHOCs PLUS ANTIDÉPRESSEURS (SAUF DANS LE
GROUPE B) DONNE DE BONS RÉSULTATS (ENTRE 90 ET 100 %)
- QUANT AU LARGACTIL EMPLOYÉ SEULEMENT DANS UN PETIT NOMBRE DE
CAS (1/10^E ENVIRON) IL A DONNÉ DE BONS RÉSULTATS (CES CAS AYANT
ÉTÉ MIS À CE MÉDICAMENT PARCE QUE DOMINAIENT L'AGITATION ET
LES SIGNES PARANOÏDES).

SIGNALONS PARCE QUE CETTE CONSTATATION EST INTÉRESSANTE, QUE 2
CAS QUI RÉSISTÈRENT À TOUS LES TRAITEMENTS (ÉLECTROCHOCs, MÉDI-
CUMENTS ANTIDÉPRESSEURS, NEUROLEPTIQUES, ETC...) NE GUÉRIRENT
FINALEMENT L'UN AU BOUT DE 2 ANS, L'AUTRE AU BOUT DE 5 ANS, QUE
GRÂCE À UNE LOBOTOMIE PRÉFRONTALE.

L'AVENIR RÉVÉLA QUE CETTE GUÉRISON FUT COMPLÈTE ET SOLIDE PUIS-
QUE LES MALADES NE RECHUTÈRENT PAS DANS LES 5 ANS QUI SUIVIRENT :
L'UNE PU MÊME REPRENDRE SA PROFESSION D'EMPLOYÉE DE BUREAU.

DANS LES CAS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION TRAINANTE ET QUI RÉSISTENT À TOUS LES TRAITEMENTS, LA LOBOTOMIE PRÉ-FRONTALE SEMBLE DONC ÊTRE UNE BONNE INDICATION.

D/ L'ISSUE DE L'ACCÈS

APPRÉCIÉE SUR L'ÉTAT DE LA MALADE À SA SORTIE DE L'HOPITAL, PERMET DE DISTINGUER 4 CAS :

- LA GUÉRISON COMPLÈTE
- L'AMÉLIORATION (AVEC PERSISTANCE CEPENDANT D'ASTHÉNIE, DE TRISTESSE, OU D'IDÉES HYPOCONDRIAQUES)
- LES CAS PEU OU PAS AMÉLIORÉS

LES RÉSULTATS SONT ASSEZ COMPARABLES DANS LES 3 GROUPES À SAVOIR :

- QUE LA GUÉRISON COMPLÈTE EST OBTENUE DANS $1/3$ DES CAS ENVIRON
- UNE AMÉLIORATION NETTE DANS UNE PROPORTION QUI VARIE DE LA $1/2$ AUX $2/3$ DES CAS
- ET UN MAUVAIS RÉSULTAT D'EMBLÉE DANS MOINS DU DIXIÈME DES CAS

TABEAU RECAPITULATIF DE L'EVOLUTION

DE LA MELANCOLIE D'INVOLUTION

I - EVOLUTION IMMEDIATE

1°/ DURÉE DE L'ACCÈS

	GROUPE A (85 CAS PRÉCISÉS)	GROUPE B (11 CAS PRÉCISÉS)	GROUPE C (10 CAS PRÉCISÉS)
1 MOIS	2	1	0
ENTRE 1 ET 6 MOIS	32)	2)	3)
ENTRE 6 MOIS ET 1 AN	23) 55 (# 65%)	3) 5 (# 50%)	7) 10 (# 50%)
ENTRE 1 AN ET 5 ANS	25 (# 30 %)	4 (# 50 %)	9 (# 50 %)
5 ANS ET PLUS	3	1	0

2°/ DURÉE DE L'HOSPITALISATION

JUSQU'À 1 MOIS	41)	1)	8)
JUSQU'À 3 MOIS	22) 63 (# 75%)	10) 11 (# 100%)	10) 18 (# 95 %)
JUSQU'À 6 MOIS	14	0	0
JUSQU'À 1 AN	6	0	1
PLUS DE 1 AN	2	0	0

TRAITEMENT

2°/ TRAITEMENT DE L'ACCÈS

A/ GROUPE A = 86 MALADES - TRAITEMENT PRÉCISÉ DANS 84 CAS

TRAITEMENT	ELECTROCHOC	ANTIDÉPRESSEURS	ASSOCIATION ANTIDEP. + E.C.	NEUROLEPTIQUES	DIVERS
1/ AVANT 1958					
NOMBRE DE CAS	38			5	SAKEL 4
SUCCÈS	35			4	HORMONES 3
ECHECS	3			1	STEMETIL 1
					PAS DE TRAITEMENT 1
2/ APRÈS 1958					
NOMBRE DE CAS	7	21	8	2	LOBOTOMIE 1
SUCCÈS	7	15	7	2	
ECHECS	0	6	1	0	
3/ AU TOTAL					
NOMBRE DE CAS	45 (# ½ DES MALADES)	21 (# ¼ DES MALADES)	8 (# 1/10 DES MALADES)	7 (# 1/10 DES MALADES)	
SUCCÈS	42 = 93 %	15 = 70 %	7 = 90 %	6 = 85 %	
ECHECS	3 = 7 %	6 = 30 %	1 = 10 %	1 = 15 %	

B/ GROUPE B = 11 MALADES

1/ AVANT 1958					
NOMBRE DE CAS	5			1	
SUCCÈS	5			1	
ECHEC	0			0	
2/ APRÈS 1958					
NOMBRE DE CAS	1	3	2	1	
SUCCÈS	0	3	1	1	
ECHECS	1	0	1	0	
3/ AU TOTAL					
NOMBRE DE CAS	6 (# ½ DES MALADES)	3 (# 1/3 DES MALADES)	2 (# 1/5 DES MALADES)	2 (# 1/5 DES MALADES)	
SUCCÈS	5 = 80 %	3 = 100 %	1 = 50 %	2 = 100 %	
ECHECS	1 = 20 %	0 = 0 %	1 = 50 %	0 = 0 %	

C/ GROUPE C = 19 MALADES

1/ AVANT 1958					
NOMBRE DE CAS	8			2	LOBOTOMIE 1
SUCCÈS	7			2	ENCEPHALOGAZEUSE 1
ECHECS	1			1	
2/ APRÈS 1958					
NOMBRE DE CAS	2	7	1		
SUCCÈS	2	5	1		
ECHECS	0	2	0		
3/ AU TOTAL					
NOMBRE DE CAS	10 (# ½)	7 (# 1/3)	1	2 (# 1/10)	
SUCCÈS	9 = 90 %	5 = 70 %	1 = 100 %	2 = 100 %	
ECHECS	1 = 10 %	2 = 30 %	0 = 0 %	0 = 0 %	

3°/ ETAT DU MALADE À LA SORTIE DE L'HOPITAL

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C	
	NOMBRE DE CAS	%	NOMBRE DE CAS	%	NOMBRE DE CAS	%
GUÉRISON	29	34 %	5	45 %	5	26 %
AMÉLIORATION	53	61 %	5	45 %	12	63 %
PEU D'AMÉLIORATION	2	2 %	1	10 %	2	10 %
PAS DE RENSEIGNEMENT	2	2 %	0	0 %	0	0 %

EVOLUTION ULTERIEURE

L'ÉVOLUTION À DISTANCE DE L'ACCÈS A PU ÊTRE PRÉCISÉE CHEZ LES 3/4 DES MALADES ENVIRON.

EN EFFET CERTAINES MALADES AVAIENT ÉTÉ RÉHOSPITALISÉES. D'AUTRES ÉTAIENT SUIVIS RÉGULIÈREMENT EN CONSULTATION DANS LE SERVICE, ENFIN UN QUESTIONNAIRE A ÉTÉ ENVOYÉ PERSONNELLEMENT À CHACUNE DES 116 MALADES DE CETTE ÉTUDE, QUESTIONNAIRE TRÈS SIMPLE OU LES MALADES DEVAIENT NOUS FAIRE PART :

1/ DE LEUR ÉTAT ACTUEL

2/- DE L'EXISTENCE D'ACCÈS DÉPRESSIFS ÉVENTUELS ULTÉRIEURS À LEUR HOSPITALISATION EN PRÉCISANT : LEUR NOMBRE

LEURS SIGNES

LEUR TRAITEMENT

SI UNE HOSPITALISATION AVAIT ÉTÉ NÉCESSAIRE OU .

NON

3/ DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE, OU MÉNAGÈRE QU'ELLES CONSERVAIENT DEPUIS LEUR DERNIÈRE DÉPRESSION

4/ DE LEUR ÉTAT D'HUMEUR, MODIFIÉE OU NON PAR LEUR MALADIE

5/ DE L'ASSOCIATION POSSIBLE À D'AUTRES MALADIES

LES MALADES RÉPONDIRENT EN GRAND NOMBRE À CE QUESTIONNAIRE.

CERTAINS RENSEIGNEMENTS NOUS MANQUE CEPENDANT : ILS CONCERNENT LES MALADES MORTES DANS L'INTERVALLE, DONT LE POURCENTAGE N'A PU ÊTRE FIXÉ AVEC PRÉCISION : NOUS AVONS PU CEPENDANT DÉNOMBRER UN CERTAIN NOMBRE DE DÉCÈS GRÂCE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LES FAMILLES ; PAR CONTRE CES DERNIÈRES OUBLIAIENT LE PLUS SOUVENT (OU REFUSAIENT) DE MENTIONNER LA CAUSE DU DÉCÈS. ENFIN, AFIN DE POUVOIR MIEUX APPRÉCIER L'ÉTAT DE CHAQUE MALADE, TRÈS INCOMPLÈTEMENT EXPLORÉ À TRAVERS LE QUESTIONNAIRE SUCCINT QU'ELLES DEVAIENT REMPLIR, NOUS AVONS CONVOQUÉ UNE TRENTAINE DE MALADES CHOISIES PARMI LES PLUS TYPIQUES (ET APPARTENANT DE CE FAIT AU GROUPE A POUR LA PLUPART), AFIN DE JUGER PERSONNELLEMENT DE LEUR ÉTAT MENTAL ET PHYSIQUE.

CET EXAMEN CLINIQUE A ÉTÉ COMPLÉTÉ TOUTES LES FOIS OÙ LES MALADES L'ONT ACCEPTÉ, PAR UN EXAMEN PSYCHOMÉTRIQUE.

1 - DANS UN 1ER TEMPS SEUL LE POINT DE VUE CLINIQUE NOUS INTÉRESSERA.

SELON LE RÉSULTAT OBSERVÉ LES MALADES ONT PÛ ÊTRE RÉPARTIES EN UN CERTAIN NOMBRE DE CATÉGORIES.

- CATÉGORIE 1 : = GUÉRISONS

QUI EST CELLE DES MALADES AYANT GUÉRI DÉFINITIVEMENT APRÈS DEUR 1ER ACCÈS DÉPRESSIF (C'EST À DIRE N'AYANT JAMAIS FAIT DE RECHUTE DÉPRESSIVE ET N'ÉTANT PLUS SOUMISES À UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR).

NOUS PRÉCISERONS POUR CHAQUE CAS LE REcul AVEC LEQUEL LA GUÉRISON A PY ÊTRE APPRÉCIÉE.

- CATÉGORIE 2 : = ÉVOLUTION PAR ACCÈS

QUI EST CELLE DES MALADES AYANT REFAIT UN OU PLUSIEURS ACCÈS DÉPRESSIFS. DANS CERTAINS CAS LES MALADES SEMBLAIENT GUÉRIR DÉFINITIVEMENT AU BOUT DE QUELQUES ANNÉES MARQUÉES PAR DES RECHUTES : TOUT SE PASSAIT COMME SI LA MALADIE DÉPRESSIVE APRÈS AVOIR DURÉ UN CERTAIN TEMPS S'ÉTEIGNAIT À TOUT JAMAIS.

AINSI NOUS AVONS ESSAYÉ DE PRÉCISER POUR CHAQUE MALADE :

- LE NOMBRE D'ACCÈS
- LE NOMBRE D'ANNÉES SUR LEQUEL CES ACCÈS SE RÉPARTISSENT
- ENFIN SI LES ACCÈS CONTINUAIENT À SE RÉPÉTER EN 1963, OU DANS LE CAS CONTRAIRE DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ILS SEMBLAIENT ÉTEINTS.

- CATÉGORIE 3 : = PASSAGE À LA CHRONICITÉ

C'EST À DIRE PERSISTANCE D'UN ÉTAT DÉPRESSIF TRAINANT, SANS INTERVALLE LIBRE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES

- CATÉGORIE 4 : ÉVOLUTION DÉMENTIELLE ULTÉRIEURE

- CATÉGORIE 5 : DÉCÈS

DONT LE CHIFFRE EST FORCÉMENT SOUS ESTIMÉ : CAR IL EST PROBABLE QUE PARMI LES MALADES QUI N'ONT PAS RÉPONDU UN NOMBRE CERTAIN CORRESPONDAIT À DES DÉCÈS.

NOUS AVONS PRÉCISÉ, QUAND C'ÉTAIT POSSIBLE : L'ÂGE AUQUEL LE DÉCÈS EST SURVENU, LA CAUSE DU DÉCÈS, SI CE DÉCÈS ÉTAIT SURVENU APRÈS 1 SEUL ACCÈS OU APRÈS PLUSIEURS.

- ENFIN LA CATÉGORIE 6 EST CELLE DES MALADES TOTALEMENT PERDUES DE VUE

LES RÉSULTATS OBTENUS SONT TRÈS CONCORDANTS À TRAVERS LES GROUPES A, B ET C.

1°/ ENVIRON 25 % DES MALADES ONT ÉTÉ TOTALEMENT PERDUES DE VUE (CHANGEMENT DE DOMICILE, MALADIE, DÉCÈS ?).

2°/ ENVIRON 30 % DES MALADES GUÉRISSENT DÉFINITIVEMENT APRÈS UN SEUL ACCÈS DÉPRESSIF

CES GUÉRISONS ÉTANT ÉVALUÉES AVEC UN REcul QUI S'ÉTEND DE 1 À 10 ANS

3°/ ENVIRON 30 % DES MALADES ONT UNE MALADIE QUI SE DÉROULE SOUS FORME D'ACCÈS DÉPRESSIFS ENTRECOUPÉS DE RÉMISSIONS.

ET DANS 10 À 20 % DES CAS LA GUÉRISON SURVIENT APRÈS QUELQUES ANNÉES D'UNE TELLE ÉVOLUTION (2 À 15 ANS)

AILLEURS LA MALADIE SE POURSUIVAIT ENCORE AU MOMENT DE NOTRE ENQUÊTE

LE POURCENTAGE DE DÉCÈS EST IMPOSSIBLE À ÉVALUER, ÉTANT DONNÉ LE PEU DE RENSEIGNEMENTS OBTENUS DANS CE DOMAINE.

UNE ÉVOLUTION VERS UNE DÉMENCE MANIFESTE N'A JAMAIS ÉTÉ OBSERVÉE.

LE PASSAGE À LA CHRONICITÉ AVANCÉ DANS 2 CAS, RESTE DOUTEUX, CHEZ DES MALADES DONT LA MALADIE SE POURSUIT SANS INTERRUPTION DEPUIS 3 ANS MAIS POUR QUI TOUTE CHANCE DE GUÉRIR N'EST PAS ÉCARTÉE.

AU TOTAL :

DANS L'ENSEMBLE DE NOTRE STATISTIQUE DE 115 MALADES LA GUÉRISON A PU ÊTRE RETROUVÉE APRÈS 1 OU PLUSIEURS ACCÈS DANS LA MOITIÉ DES CAS ENVIRON (SANS TENIR COMPTE DE RÉCIDIVES POSSIBLES ULTÉRIEURES À NOTRE TRAVAIL, CHEZ DES MALADES DONT CERTAINES SONT SUIVIES DEPUIS 10 ANS, ET D'AUTRES DEPUIS 1 AN SEULEMENT).

NOUS AVONS EN OUTRE PÛ PRÉCISER DANS ENVIRON LA MOITIÉ DES CAS QUELS ÉTAIENT AU MOMENT DE L'ENQUÊTE :

1°/ L'ACTIVITÉ

2°/ LE CARACTÈRE

3°/ L'ÉTAT GÉNÉRAL

DES MALADES.

CECI DE 1 À 10 ANS APRÈS L'ACCÈS DÉPRESSIF POUR LEQUEL ILS AVAIENT ÉTÉ HOSPITALISÉES À LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

1°/ EN CE QUI CONCERNE L'ACTIVITÉ DES MALADES, NOUS DISTINGUONS LES MALADES QUI AVAIENT AVANT LEUR ACCÈS DÉPRESSIF UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET CELLE DONT L'ACTIVITÉ SE RÉDUISAIT AUX TRAVAUX DE LA MAISON.

PLUS DE LA MOITIÉ DES MALADES QUI ONT RÉPONDU À CETTE QUESTION, CONSERVENT UNE ACTIVITÉ INTACTE; C'EST NET SURTOUT DANS LE GROUPE A OU SUR 43 MALADES 17 POURSUIVENT LEUR ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE.

2°/ EN CE QUI CONCERNE LE CARACTÈRE

- IL EST REDEVENU IDENTIQUE À CE QU'IL ÉTAIT AVANT L'ACCÈS CHEZ LES 3/4 DES MALADES
- DANS 1/4 DES CAS SEULEMENT IL RESTE DEPUIS L'ACCÈS DÉPRESSIF, PLUS IRRASCIBLE, PLUS MOROSE AVEC PERSISTANCE DE TRISTESSE, ET BIEN SOUVENT D'IDÉES HYPOCONDRIQUES, PLUS RAREMENT D'IDÉES OBSÉDANTES.

3°/ EN CE QUI CONCERNE L'ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES QUI ONT RÉPONDU, IL EST BON EN GÉNÉRAL, LES AFFECTIONS RENCONTRÉES ÉTANT DES MALADIES COMMUNES À CET ÂGE ; HYPERTENSION, ARTHROSE, ETC...

DANS CETTE ENQUÊTE PRONOSTIQUE IL NE SEMBLE DONC PAS EXISTER DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES 3 GROUPES A, B ET C.

AFIN D'APPRÉCIER ENFIN LA VALEUR DES CRITÈRES DU PRONOSTIC GÉNÉRALEMENT AVANCÉS PAR LES AUTEURS, NOUS AVONS PRÉCISÉ POUR LES CAS QUI ONT GUÉRI APRÈS 1 SEUL ACCÈS (C'EST À DIRE LES CAS JUGÉS RÉTROSPECTIVEMENT COMME FAVORABLES).

A) L'ÂGE AU 1ER ACCÈS

- 23 FOIS IL ÉTAIT SUPÉRIEUR À 50 ANS
- 13 FOIS IL ÉTAIT INFÉRIEUR À 50 ANS

APPAREMMENT CE SIGNE NE SEMBLE PAS AVOIR ICI UNE VALEUR QUELCONQUE POUR LE PRONOSTIC

B) LE FACTEUR DÉCLENCHANT

- ÉTAIT IMPORTANT ET GRAVE DANS 21 CAS (9 FOIS IL S'AGISSAIT D'UN FACTEUR SOMATIQUE, CETTE AGRESSION SOMATIQUE ÉTANT UNE INTERVENTION POUR D'HYSTEUROTOMIE DANS 3 CAS
POUR PROLAPSUS DANS 1 CAS)

- 8 FOIS CE FACTEUR DÉCLENCHANT ÉTAIT DE MOYENNE IMPORTANTE
- 7 FOIS IL MANQUAIT

ICI PEUT-ÊTRE QUE LES TRAUMATISMES, ET EN PARTICULIER LES AFFECTIONS PHYSIQUES, S'ILS SONT TRÈS GRAVES ARRIVENT À EUX SEULS À DÉCLENCHER UN ACCÈS QUI NE SE RENOUVELERA PAS EN L'ABSENCE DE FACTEUR TRAUMATISANT ULTÉRIEUR.

C) LE DÉBUT

- PROGRESSIF DANS 25 CAS

- BRUTAL DANS 11 CAS

NE SEMBLE PAS NON PLUS AVOIR DE VALEUR POUR APPRÉCIER LE PRONOSTIC, DES DÉBUTS TRÈS PROGRESSIFS ÉTANT TOUT À FAIT COMPATIBLES AVEC LA GUÉRISON.

D) LE CARACTÈRE PRÉ-MORBIDE

ÉTAIT NORMAL DANS 6 CAS

- NON PRÉCISÉ DANS 7 CAS

- NETTEMENT PATHOLOGIQUE DANS 23 CAS

LÀ ENCORE CE SIGNE N'APPARAÎT PAS COMME UN BON CRITÈRE DE PRONOSTIC PUISQU'ON VIENT DE VOIR QU'ÊME SUR DES PERSONNALITÉS TRÈS ANORMALES LA GUÉRISON SURVIENT DANS UN NOMBRE IMPORTANT DE CAS.

E) LE NIVEAU INTELLECTUEL

ÉTAIT TRÈS FRUSTE DANS 10 CAS

MOYEN DANS 11 CAS (NIVEAU DU CERTIFICAT D'ÉTUDES
PRIMAIRES)

BON DANS 15 CAS (NIVEAU DU BREVET ET AU DESSUS)

PEUTÊTRE EN EFFET LES SUJETS D'INTELLIGENCE MOYENNE OU SUPÉRIEURE RÉSISTENT-ILS MIEUX À LA MALADIE

F) LES CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET FAMILIALES

RENCONTRÉES À LA SORTIE ÉTAIENT :

EXCELLENTES DANS 19 CAS (BONNE ENTENTE FAMILIALE, PAS DE DIFFICULTÉS MATÉRIELLES PARTICULIÈRES)

MOYENNES DANS 10 CAS (AVEC PERSISTANCE DE DIFFICULTÉS SURTOUT MATÉRIELLES)

FRANCHEMENT MAUVAISES DANS 7 CAS (ABSENCE DE TOUT MILIEU FAMILIAL, DIFFICULTÉS MATÉRIELLES, ETC...)

LÀ ENCORE LA PERSISTANCE DE DIFFICULTÉS PARFOIS TRÈS GRANDES N'EMPÊCHE PAS LES MALADES DE GUÉRIR.

EN CONCLUSION DE CE CHAPITRE ON PEUT DIRE QU'AUCUN DES CRITÈRES PROGNOSTIQUES SUCCESSIVEMENT ANALYSÉS N'EMPORTE LA CONVICTION. SIMPLEMENT, IL SEMBLE QUE PARMI LES CAS QUI ONT GUÉRI DÉFINITIVEMENT ON RETROUVE AVEC UNE GRANDE FRÉQUENCE CEUX DÉCLENCHÉS PAR UNE AGRESSION PHYSIQUE DE LA PERSONNALITÉ.

EVOLUTION CLINIQUE ULTERIEURE

I - GROUPE A (85 MALADES PRÉCISÉS)

CATÉGORIES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE	CONSTATATIONS OU RÉSULTATS
CATÉGORIE 1 GUÉRISONS	26	30	NOMBRE DE CAS EN FONCTION DU RECU (EN ANNÉES) 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 1 2 4 2 1 4 6
CATÉGORIE 2 EVOLUTION PAR ACCÈS	30 ONT GUÉRI 16 CONTINUENT 12 NON PRÉCISÉ 2	34 18 14 2	DURÉE DE LA MALADIE DÉPRESSIVE 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 3 3 2 0 6 1 2 0 0 4 8
CATÉGORIE 3 CHRONICITÉ	1	1	
CATÉGORIE 4 DÉMENCE	0	0	
CATÉGORIE 5 DÉCÈS	6	7	AGE ET CAUSE DU DÉCÈS 59 ? ? 62 64 ? ? ? ? ICTUS HTA ?
CATÉGORIE 6 AUCUN REN- SEIGNEMENT	20	23	

II - GROUPE B (11 MALADES)

CATÉGORIE 1 GUÉRISONS	4	36	NOMBRE DE CAS EN FONCTION DU RECU (EN ANNÉES) 10 6 3 1 1 2
CATÉGORIE 2 EVOLUTION PAR ACCÈS	3 ONT GUÉRI 2 CONTINUENT 1	27 18	DURÉE DE LA MALADIE DÉPRESSIVE 12 5 3 1 1 1
CATÉGORIE 3 CHRONICITÉ	1 (?)		
CATÉGORIE 4 DÉMENCE	0 0	0	
CATÉGORIE 5 DÉCÈS	2	18	AGE ET CAUSE DU DÉCÈS ? 57 ? ICTUS
CATÉGORIE 6 AUCUN REN- SEIGNEMENT	5	26	

III - GROUPE C (11 MALADES)

CATÉGORIES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE	CONSTATATIONS OU RÉSULTATS
CATÉGORIE 1 GUÉRISONS	6	31	NOMBRE DE CAS EN FONCTION DU RECUL (EN ANNÉES)
			6 5 4 3 2 1
			2 1 1 1 1 1
CATÉGORIE 2 EVOLUTION PAR ACCÈS	7 ONT GUÉRI 2 CONTINUENT 5	36 10	DURÉE DE LA MALADIE DÉPRESSIVE
			15 12 8 6 5 2
			1 1 1 1 1 2
CATÉGORIE 3 CHRONICITÉ	1	5	
CATÉGORIE 4 DÉMENCE	0	0	
CATÉGORIE 5 DÉCÈS	0	0	
CATÉGORIE 6 AUCUN REN- SEIGNEMENT	5	26	

ETAT DES MALADES LORS DE L'ENQUETE

I - GROUPE A (ETAT PRÉCISÉ DANS 43 CAS)

ACTIVITÉ			CARACTÈRE	AFFECTION SOMATIQUE
	PROFESSIONNELLE	MÉNAGÈRE SEULEMENT		
CONSERVÉE 31 # 70 %	17	14	CARACTÈRE 32 INCHANGÉ (#75%)	AUCUNE 31 (# 70 %)
DIMINUÉE 12 # 30 %	9	3	CARACTÈRE 11 MODIFIÉ (#25%)	OUI 12 (# 30%) HTA 3CAS - CARDIOPA- THIE 3CAS - ARTHROSE 2CAS - INTERVENTION CHI- RURGICALE 3CAS - D 1CAS

II - GROUPE B (ETAT PRÉCISÉ DANS 8 CAS)

CONSERVÉE 4 # 50 %	2	2	CARACTÈRE 50 INCHANGÉ (#62%)	AUCUNE 7 (# 87 %)
DIMINUÉE 4 # 50 %	3	1	CARACTÈRE 3 MODIFIÉ (#37%)	OUI 1

III - GROUPE C (ETAT PRÉCISÉ DANS 10 CAS)

CONSERVÉE 4 # 40 %	1	3	CARACTÈRE 8 INCHANGÉ (#80%)	AUCUNE 7 (# 70%)
DIMINUÉE 6 # 60 %	4	2	CARACTÈRE 2 MODIFIÉ (#20%)	OUI 3

II - DANS UN 2ÈME TEMPS LE POINT DE VUE PSYCHOMÉTRIQUE SERA ENVISAGÉ.

NOTRE BUT INITIAL ÉTAIT DE REVOIR LES MALADES AU BOUT D'UN TEMPS DÉTERMINÉ (1 À 10 ANS) AFIN DE PROUVER, NON SEULEMENT SUR LE PLAN CLINIQUE, MAIS AUSSI SUR LE PLAN PSYCHOMÉTRIQUE, QU'IL N'APPARAÎT PAS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL AU COURS DE CETTE MALADIE QUI ÉVOLUE AU CONTRAIRE VERS UNE GUÉRISON SANS SÉQUELLES.

POUR CE FAIRE, UNE TRENTAINE DE MALADES CHOISIES DANS LE GROUPE À AVAIENT ÉTÉ CONVOQUÉS EN VUE D'UN EXAMEN CLINIQUE D'ABORD, PSYCHOMÉTRIQUE ENSUITE. TOUTES NE SE PRÉSENTÈRENT PAS À NOUS (QUE CE SOIT PAR MÉFIANCE, PAR RÉTICENCE DE LEUR PART OU SIMPLEMENT PAR NÉGLIGENCE). ET PARMI CELLES QUI VINRENT TOUTES N'ACCEPTÈRENT PAS L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.

7 MALADES SEULEMENT ACCEPTÈRENT CET EXAMEN.

(DONT UNE ÉTRANGÈRE DONT LES RÉSULTATS SONT ININTERPRÉTABLES).

ET D'EMBLÉE NOUS VOYONS QUE CE CHIFFRE EST TROP BAS POUR PERMETTRE UNE ÉTUDE STATISTIQUE, QUELLE QU'ELLE SOIT. CEPENDANT CERTAINS DES RÉSULTATS OBTENUS NOUS ONT PARU INTÉRESSANTS ET MÉRITENT D'ÊTRE RAPPORTÉS.

EN EFFET CES MALADES FURENT SOUMISES À UNE BATTERIE DE TESTS, FIXÉE À L'AVANCE ET LA MÊME POUR TOUTES, ET QUI COMPRENAIT :

1°/ OUTRE DES TESTS DE NIVEAU INTELLECTUEL ET DE DÉTÉRIORATION : À SAVOIR

- | | |
|---|--|
| - 1 TEST DE VOCABULAIRE TYPE BINOIS+PICHOT | } QUI PERMETTENT D'APPRÉ-
CIER LA DÉTÉRIORATION
PSYCHOMÉTRIQUE |
| - 1 TEST DE BENTON | |
| - 1 TEST DE RORSCHACH QUI PERMET DANS UNE CERTAINE MESURE DE PRÉ-
CISER SI CETTE DÉTÉRIORATION EST DE TYPE ORGANIQUE | |

2°/ UN QUESTIONNAIRE DE NIVEAU D'ASPIRATION :

ACTUELLEMENT EMPLOYÉ POUR L'ÉTUDE DES DIFFÉRENTS SYNDROMES DÉPRESSIFS ET DE LEURS CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DANS LE SERVICE DU DR DELAY
SES RÉSULTATS NE SONT PAS ENCORE UTILISABLES.

3°/ UN QUESTIONNAIRE DE SANDLER ET HAZARI

MIS AU POINT EN 1960 À LA "TAVISTOCK CLINIC" DE LONDRES.

IL APPRÉCIE LES PERSONNALITÉS DU GROUPE OBSESSIONNEL (POUR LESQUELLES L'ÉCHELLE PSYCHASTHÉNIE DU M.M.P.I. S'EST MONTRÉE UN INSTRUMENT PEU SATISFAISANT).

LES AUTEURS ONT SÉLECTIONNÉ 16 ITEMS CORRESPONDANT AU FACTEUR A (CARACTÈRE OBSESSIONNEL)

ET 17 ITEMS CORRESPONDANT AU FACTEUR B (PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE).

CES 2 FACTEURS A ET B ÉTANT 2 VARIABLES ABSOLUMENT INDÉPENDANTES L'UNE DE L'AUTRE.

PRÉCISONS QUE LE 1^{ER} A UNE CORRÉLATION NÉGATIVE AVEC L'HYSTÉRIE ET QUE LE 2^{ÈME} EST CORRÉLÉ POSITIVEMENT AVEC LE NÉVROSISME EN GÉNÉRAL ET L'ANXIÉTÉ.

CE 2^{ÈME} FACTEUR (PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE) EST PEUT-ÊTRE COMPOSÉ DE 2 TRAITS, L'UN CORRESPONDANT AUX SYMPTÔMES OBSESSIONNELS, L'AUTRE AUX SYMPTÔMES PSYCHOLÉPTIQUES DÉCRITS PAR Ø. DELAY.

CE QUESTIONNAIRE EST DESTINÉ À PRÉCISER LA PERSONNALITÉ DES MALADES FAISANT UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

ON A VU COMBIEN PEU SATISFAISANTE S'ÉTAIT MONTRÉE NOTRE CLASSIFICATION CLINIQUE DE LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE DES MALADES.

LES ÉCHELLES DE SANDLER ET HAZARI CONSTITUENT AU CONTRAIRE UN INSTRUMENT DE MESURE SATISFAISANT ET STANDARDISÉ DE CE QUE NOUS, NOUS AVONS APPELÉ D'UNE PART LE CARACTÈRE OBSESSIONNEL, ET D'AUTRE PART LE CARACTÈRE PSYCHASTHÉNIQUE.

IL SERAIT INTÉRESSANT DORÉNAVANT D'ÉTUDIER DE FAÇON SYSTÉMATIQUE AVEC CES ÉCHELLES LA PERSONNALITÉ DES MALADES ATTEINTES DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, AFIN DE VOIR SI L'ON RETROUVE SOUS UN ANGLE PSYCHOMÉTRIQUE, L'HYPOTHÈSE CLINIQUE SELON LAQUELLE LES MALADES PARTICULIÈREMENT SUSCEPTIBLES DE FAIRE UN TEL ACCÈS DÉPRESSIF AVAIENT TOUTES AU PRÉALABLE UN CARACTÈRE OBSESSIONNEL (FACTEUR A.)

MALHEUREUSEMENT L'INTRODUCTION RÉCENTE DE CES ÉCHELLES DANS LA PRATIQUE N'A PAS PERMIS DE REVOIR LES MALADES DANS CETTE PERSPECTIVE.

ET NOUS NOUS SOMMES CONTENTÉS DE L'APPLIQUER AUX 6 MALADES TESTÉES DANS LE BUT DE SAVOIR SI ELLES AVAIENT OU NON UNE DÉTÉRIORATION DE TYPE ORGANIQUE AU TERME DE LEUR MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

RÉSULTATS

1°/ LA RECHERCHE D'UNE DÉTÉRIORATION A FOURNI AUX TESTS D'USAGE CHEZ NOS 6 MALADES LES RÉSULTATS SUIVANTS.

TEST EMPLOYÉ	VOCABULAIRE (BINOIS-PICHOT)	BENTON	RORSCHACH	CONCLUSION
1ÈRE MALADE	QI = 104	NOTE PRÉSUMÉE 7 NOTE OBTENUE 0	PSYCHO SYNDROME ORGANIQUE NET	AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL TRÈS PROBABLE
2ÈME MALADE	QI = 110	NOTE PRÉSUMÉE 9 NOTE OBTENUE 6	PAS DE PSYCHO SYNDROME ORGAN+ QUE	RETEST : PAS DE DÉTÉRIORATION ORGANIQUE
3ÈME MALADE	QI = 98	NOTE PRÉSUMÉE 7 NOTE OBTENUE 3	RORSCHACH PAUVRE	RETEST PAS D'A- GRAVATION MAIS DÉTÉRIORATION ORGANIQUE TRÈS PROBABLE
4ÈME MALADE	QI = 102	NOTE PRÉSUMÉE 7 NOTE OBTENUE 3	RORSCHACH MAUVAIS	DÉTÉRIORATION PROBABLE MAIS DONT ON NE PEUT PAS AFFIRMER L'ORGANICITÉ
5ÈME MALADE	QI = 104	NOTE PRÉSUMÉE 8-2 NOTE OBTENUE 2	RORSCHACH MAUVAIS	DÉTÉRIORATION ORGANIQUE PRO- BABLE
6ÈME MALADE	QI = 110	NOTE PRÉSUMÉE 7 NOTE OBTENUE 6	RORSCHACH BON	PAS DE DÉTÉRIO- RATION

INTERPRÉTATION

SUR NOS 6 MALADES :

- 2 SONT RIGOREUSEMENT NORMALES AUX TESTS (2ÈME ET 6ÈME)
 - 4 ONT DES ASPECTS DE DÉTÉRIORATION (1ÈRE - 3ÈME - 4ÈME - 5ÈME) ET CHEZ 1 DE CES MALADES (LA 1ÈRE) L'ORGANICITÉ PARAÎT CERTAINE.
- UNE RÉSERVE DOIT ÊTRE FAITE À PROPOS DE CES 4 DERNIÈRES MALADES REVENUES CONSULTER PARCE QU'ELLES ÉTAIENT PRÉCISÉMENT EN PÉRIODE DÉPRESSIVE, CE QUI POURRAIT EXPLIQUES EN PARTIE LES MAUVAIS RÉSULTATS QU'ELLES OBTI NENT AUX TESTS.

AU TOTAL ON NE PEUT TIRER AUCUN RÉSULTAT STATISTIQUE DE CETTE ÉTUDE :

- CAR LES CAS SONT TROP PEU NOMBREUX
 - CAR LES MALADES NE SONT PAS PRISES AU HASARD
- 4 SUR 6 (PRÉCISÉMENT CELLES QUI PARAISSENT DÉTÉRIORÉES) ÉTAIENT EN PLEINE RECHUTE DÉPRESSIVE.

AUSSI NE FAUDRA-T-IL PAS EN CONCLURE HATIVEMENT À UN PRONOSTIC PÉJORATIF DE L'AFFECTION, PUISQUE SUR LE PLAN CLINIQUE OU NOUS AVONS DES RÉSULTATS BEAUCOUP PLUS NOMBREUX, NOUS AVONS JUSTEMENT DÉMONTRÉ LE CONTRAIRE.

PAR CONTRE IL EST PROBABLE QUE L'EXISTENCE D'UN AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL CONSTATÉ AU DECOURS DU 1ER ACCÈS DÉPRESSIF EST UN FACTEUR DE MAUVAIS PRONOSTIC ULTÉRIEUR, FAISANT CRAINdre DES RECHUTES, ET MÊME UNE ÉVOLUTION DÉMENTIELLE.

À L'INVERSE L'ABSENCE DE DÉTÉRIORATION NE SIGNIFIE PAS À COUP SUR ABSENCE DE RECHUTES : (AINSI LA MALADE N°2 QUI N'ÉTAIT PAS DÉTÉRIORÉE LORS D'UN 1ER TEST ET NE L'ÉTAIT PAS PLUS AU RETEST 5 ANS APRÈS, AVAIT FAIT DANS L'INTERVALLE UNE VINGTAINe D'ACCÈS DÉPRESSIFS. IL SEMBLE QUE TOUT CHEZ CETTE MALADE, SON ASPECT PHYSIQUE, SES TESTS NORMAUX ... LAISSENT PRÉVOIR UNE GUÉRISON ULTÉRIEURE BIEN QU'ELLE SOIT PAS SORTIE DE LA PÉRIODE DÉPRESSIVE DEPUIS 5 ANS.)

2°/ L'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ DES MALADES À L'AIDE DES ÉCHELLES DE SANDLER ET HAZARI

A FOURNI LES RÉSULTATS SUIVANTS CHEZ CES MÊMES MALADES.

	ECHELLE A	ECHELLE B
1ÈRE MALADE	13	13
2ÈME MALADE	14	7
3ÈME MALADE	9	10
4ÈME MALADE	14	12
5ÈME MALADE	13	11
6ÈME MALADE	14	7

POUR L'ENSEMBLE DE NOS MALADES LA MOYENNE DE LA NOTE OBTENUE À L'ÉCHELLE A (CARACTÈRE DIT OBSESSIONNEL) EST $M = 13$

(CHIFFRE NETTEMENT SUPÉRIEUR À CELUI OBTENU SUR UN GROUPE DE MALADES MENTAUX DE SEXE MASCULIN POUR LESQUELS ON TROUVAIT $M = 11,30$).

OR IL A ÉTÉ CONSTATÉ QUE LES FEMMES AVAIENT EN A UNE MOYENNE INFÉRIEURE À CELLE DES HOMMES, CE QUI LAISSE PRÉVOIR CHEZ ELLES UNE MOYENNE M INFÉRIEURE À 11).

DE PLUS CETTE ÉCHELLE, INDÉPENDANTE DE L'ANXIÉTÉ, ET DU NÉVROSISME N'EST PAS PERTURBÉE ICI PAR LA DÉPRESSION CONCOMITANTE.

PRISES SÉPARÉMENT 5 MALADES SUR 6 ONT UN RÉSULTAT TRÈS SIGNIFICATIF À L'ÉCHELLE A (13 OU 14) ET PEUVENT DONC ÊTRE RANGÉES DANS LA CATÉGORIE DES CARACTÈRES OBSESSIONNELS.

POUR B (PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE) LES RÉSULTATS SONT MOINS NETS. LA MOYENNE DE LA NOTE OBTENUE PAR L'ENSEMBLE DE NOS MALADES EST M=10 (POUR UN GROUPE DE MALADES MENTAUX DE SEXE MASCULIN CETTE MOYENNE A ÉTÉ CALCULÉE À 9,02).

ON OBTIENT ICI UN CHIFFRE UN PEU AU DESSUS DE LA NORMALE.

MAIS ON SAIT QUE LE FACTEUR B PEUT-ÊTRE MAHORÉ PAR LE FACTEUR ANXIÉTÉ DONT IL FAUT TENIR COMPTE CHEZ CES MALADES VUES POUR LA PLUPART AU MOMENT D'UNE RECHUTE DÉPRESSIVE.

2 MALADES SEULEMENT ONT ICI UN RÉSULTAT QUELQUE PEU SIGNIFICATIF (12 ET 13).

CES RÉSULTATS SONT EN CONTRADICTION AVEC LA CLINIQUE PUISQUE NOUS AVIONS TROUVÉ CHEZ NOS MALADES UNE PLUS GRANDE PROPORTION DE SUJETS DITS PSYCHASTHÉNIQUES (ASSEMBLAGES AU FACTEUR B) QUE DE SUJETS DITS OBSESSIONNELS.

EN CONCLUSION

IL APPARAÎT MÊME SUR UN PETIT NOMBRE, QU'UNE MAJORITÉ TRÈS NETTE DES MALADES A UN CARACTÈRE OBSESSIONNEL, CE QUI AVAIT ÉTÉ PRESSENTI PAR DE NOMBREUX AUTEURS SUR LE PLAN CLINIQUE, MAIS N'AVAIT JAMAIS FAIT L'OBJET D'ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE SYSTÉMATIQUE ET STANDARDISÉE.

MESURE

IL SEMBLE ÊTRE QUE NOUS SOYONS Désormais EN POSSESSION D'UN INSTRUMENT DE LA PERSONNALITÉ PARTICULIÈREMENT INTÉRESSANT DANS LE DOMAINE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

(BIEN QUE DE NOMBREUX POINTS RESTENT ENCORE À PRÉCISER DANS L'ÉCHELLE DE SANDLER ET HAZARI).

LES RÉSULTATS QU'IL NOUS APPORTE SONT SUPÉRIEURS À CEUX DE LA CLINIQUE (OÙ DES ERREURS DUES À L'ABSENCE DE RENSEIGNEMENTS SUFFISANTS, AU CARACTÈRE SUBJECTIF DE LA CLASSIFICATION, ET SURTOUT À UNE TERMINOLOGIE ET À UNE NOSOLOGIE DIFFÉRENTES D'UN AUTEUR À L'AUTRE, RENDENT IMPOSSIBLE TOUTE ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LES TRAVAUX DONT NOUS AVONS EU CONNAISSANCE SUR LA QUESTION.) NOUS NOUS PROPOSONS DE POURSUIVRE ULTÉRIEUREMENT CETTE ÉTUDE SUR TOUS LES CAS DE MÉLANCOLIES D'INVOLUTION GUÉRIES OU EN COURS QUE NOUS POURRONS REGROUPER.

VII - OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION N° 1

MADAME LE... 49 ANS,

EST INTERNÉE À LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE LE 1ER JUIN 1957.

LE CERTIFICAT D'ENTRÉE MENTIONNE :

"SYNDROME DÉPRESSIF EN PÉRIODE MÉNOPAUSIQUE - ANXIÉTÉ VIVE - IDÉES D'INCURABILITÉ - INHIBITION PSYCHO MOTRICE MARQUÉE - APRAGMATISME TOTAL DEPUIS PLUSIEURS MOIS - ÉVOLUTION DES TROUBLES DEPUIS 18 MOIS - NOMBREUSES THÉRAPEUTIQUES ET LONG SÉJOUR EN MILIEU PSYCHIATRIQUE PRIVÉ - ÉTAT GÉNÉRAL MÉDIOCRE - EXAMEN PSYCHIQUE NORMAL".

L'HISTOIRE DE LA MALADIE EST LA SUIVANTE

EN SEPTEMBRE 1955, APRÈS UNE POUSSÉE DE RHUMATISME ET UN ÉPISODE DE CYSTITE LA MALADE DEVIENT ANXIEUSE ET INSOMNIAQUE.

EN FAIT DÉJÀ DEPUIS LA MORT DE SON MARI EN 1950, SUIVIE DE CERTAINES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES, ELLE MANIFESTAIT DES INQUIÉTUDES POUR L'AVENIR, INQUIÉTUDES QUI S'ACCROISSENT LORS DU DÉPART DE SA FILLE DANS UNE VILLE DE FACULTÉ VOISINE EN 1954.

EN SEPTEMBRE 1955 MADAME LE... EST HOSPITALISÉE À L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE N. DANS UN ÉTAT D'AGITATION ANXIEUSE GRAVE AVEC : SUPPLICATIONS, IMPLORATIONS ET IDÉES AUDODÉPRÉCIATIVES, ANGOISSE, AVEC THÉÂTRALISME EXTRAORDINAIRE.

UNE CURE DE SOMMEIL POURSUIVIE PENDANT 2 MOIS N'AMÈNE QU'UNE SÉDATION DE QUELQUES JOURS. DE MÊME QU'UNE CURE D'ÉLECTROCHOC (7); LA MALADE RECHUTANT RÉGULIÈREMENT PEU APRÈS ESSAI DE SORTIE DE L'HOPITAL. UNE CURE DE LARGACTIL AURA LE MÊME EFFET NÉGATIF, DE MÊME QU'UNE 2ÈME CURE D'ÉLECTROCHOC. C'EST ALORS QUE LA MALADE ARRIVE À LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

DANS SES ANTÉCÉDENTS

ON NE NOTE, TANT CHEZ SES ASCENDANTS QUE CHEZ ELLE MÊME AUCUN TROUBLE PSYCHIQUE.

ENFANT UNIQUE D'UNE FAMILLE DOURGEOISE, ELLE EST TITULAIRE DU BREVET.

SA VIE DE MÉNAGE FUT AUSSI HEUREUSE QUE SON ENFANCE.

AUCUNE PRÉCISION N'EST DONNÉE SUR LE CARACTÈRE PRÉ-MORBIDE DE CETTE MALADE.

LA MÉNOPAUSE ÉTAIT EN COURS.

A L'EXAMEN DANS LE SERVICE

LA MALADE EST D'UNE ANXIÉTÉ EXTRÊME AVEC INSTABILITÉ MOTRICE INCESSANTE DES MAINS ET DES PIEDS, SON REGARD EST ÉGARÉ, ELLE SE DIT PERDUE, PRÉTEND QUE L'AMBULANCIER L'A AMENÉE À STE ANNE POUR SE DÉBARASSER D'ELLE.

CE SONT LES MÉDECINS ET DES ERREURS THÉRAPEUTIQUES QUI SONT RESPONSABLES DE TOUS SES TROUBLES.

PUIS ON ASSISTE À UNE AGGRAVATION PROGRESSIVE : AVEC AMAIGRISSEMENT, INCURIE, APRAGMATISME COMPLET, ATTITUDE NÉGATIVISTE LA MALADE FINIT PAR GARDER LE LIT, ELLE MANGE SES DRAPS ET PRÉSENTE DANS L'ENSEMBLE UN ASPECT CLINIQUE DE GROS AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL.

UNE NARCOANALYSE RÉVÈLERA QUE DERRIÈRE CETTE ATTITUDE EXISTE UN DÉLIRE DES NÉGATIONS TOUT À FAIT TYPIQUE, ET DES IDÉES DE PERSÉCUTION.

"JE NE SUIS PLUS UNE FEMME, JE N'AI PLUS DE LANGUE, JE N'AI PLUS DE COLONNE VERTÉBRALE, JE N'AI PLUS LE CORPS D'UNE FEMME. JE N'AI PLUS D'ORGANES, JE N'AI PLUS D'ANUS, JE NE PEUX PLUS METTRE UN THERMOMÈTRE. JE SUIS UN MONSTRE, JE NE PEUX PLUS VIVRE COMME JE SUIS.

JE NE SUIS PLUS MADAME LE.... MA FILLE ? JE NE SUIS PLUS SA MÈRE.

ON ME MARTYRISE, ON ME BRUTALISE, ON ME TRAITE COMME UN CHIEN, C'EST ÉPOUVANTABLE."

EVOLUTION

CETTE MALADE DÉVELOPPA PAR AILLEURS UN SYNDROME EXCITO-MATEUR DÛ AUX NEUROLEPTIQUES, D'UNE EXTRAORDINAIRE INTENSITÉ ET QUI FIT INTERROMPRE TOUTE THÉRAPEUTIQUE TRÈS RAPIDEMENT.

NÉANMOINS APRÈS PLUSIEURS MOIS D'UN TEL ÉTAT, ELLE GUÉRIT PROGRESSIVEMENT ET PRATIQUEMENT DE FAÇON SPONTANÉE OU PRESQUE (PUISQU'AYANT ÉPUISÉ SANS EFFET ET MÊME AVEC DES ACCIDENTS LES MÉDICAMENTS D'USAGE ON SE CONTENTA DE PETITES DOSES DE TRANQUILISANTS).

L'EXAMEN SOMATIQUE

ÉTAIT NORMAL T.A = 10-6, COEUR NORMAL

DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES QUI FURENT PRATIQUÉS DANS L'INTERVALLE, ÉTAIENT NORMAUX :

FOND D'OEIL

E.E.G.

ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE FRACTIONNÉE

ENFIN DES TESTS PSYCHOMÉTRIQUES PRATIQUÉS PEU AVANT LA SORTIE TROUVAIENT UN NIVEAU INTELLECTUEL VOISIN DE LA MOYENNE

Echelle Wechsler Bellevue Quotient Verbal = 110

Quotient Performance = 95

Quotient Total = 103

Test de Binois Pichot Quotient = 108

SANS AUCUNE DÉTÉRIORATION PATHOLOGIQUE APPARENTE, SANS AUCUN PSYCHOSYNDROME ORGANIQUE (AU TEST DE BENTON, ET AU TEST DE RORSCHACH).

APRÈS 1 AN D'HOSPITALISATION DANS LE SERVICE, LA MALADE REGAGNA SON DOMICILE EN PROVINCE.

NOUS N'ENTENDÎMES PLUS PARLER D'ELLE PENDANT 5 ANS.

MAIS ELLE RÉPONDIT DE FAÇON DÉTAILLÉE À NOTRE QUESTIONNAIRE EN NOUS DISANT QU'ELLE ALLAIT PARFAITEMENT BIEN DEPUIS SA SORTIE DE L'HÔPITAL ET QU'ELLE NE FUT JAMAIS DÉPRIMÉE PAR LA SUITE (CECI MALGRÉ LE DÉPART DE SA FILLE POUR UN PAYS LOINTAIN).

EN CONCLUSION

IL S'AGIT D'UNE FORME TRÈS TYPIQUE DE LA MALADIE :

APPARITION EN PÉRIODE MÉNOPAUSIQUE

APRÈS UNE AGRESSION PHYSIQUE MINIME

D'UN GRAND SYNDROME DE MÉLANCOLIE AGITANTE, AVEC IDÉES DÉLIRANTES DE PRÉJUDICE ET SURTOUT DE NÉGATION

GUÉRISON DÉFINITIVE APRÈS UNE ÉVOLUTION PROLONGÉE.

OBSERVATION N° 2

MADAME LA 45 ANS,

ENTRE AU SERVICE LIBRE DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES AU MOIS DE JUILLET DE L'ANNÉE 1960 POUR UN SYNDROME DÉPRESSIF ÉVOLUANT SANS INTERRUPTION DEPUIS 1959.

LE DÉBUT

SE SITUE 3 MOIS APRÈS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE; HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROME.

IL FAUT NOTER ÉGALEMENT QU'1 AN AVANT L'APPARITION DES TROUBLES SON FILS UNIQUE S'ÉTAIT MARIÉ MALGRÉ UNE CERTAINE OPPOSITION DE SA PART, ET QUE LA MALADE QUI ÉTAIT VEUVE DEPUIS DE NOMBREUSES ANNÉES ET NE S'ÉTAIT PAS REMARIÉE POUR POUVOIR ÉLEVER CE FILS, EN AVAIT RESENTI UN SENTIMENT TRÈS PROFOND D'ABANDON.

DANS LES ANTÉCÉDENTS DE LA MALADE

TANT FAMILIAUX QUE PERSONNELS, IL N'Y A RIEN À SIGNALER : EN PARTICULIER PAS DE PÉRIODE DÉPRESSIVE LORS DES NOMBREUX DEUILS QUI L'ONT FRAPPÉ AU COURS DE SON EXISTENCE. LA MALADE AVAIT UNE STRUCTURE DE PERSONNALITÉ ANANKASTIQUE.

LA MÉNOPAUSE DE CETTE MALADE EST ACHÉVÉE (MÉNOPAUSE CHIRURGICALE).

A L'EXAMEN DANS LE SERVICE

ON RETROUVE UN IMPORTANT CORTÈGE DÉPRESSIF : SYNDROME D'INHIBITION, APATHIE, AMINIE, APRAGMATISME, DÉGOUT DE TOUT, AMAIGRISSEMENT, ASTHÉNIE INSOMNIE, ANXIÉTÉ : AVEC AU DÉBUT CRAINTE OBSÉDANTE D'AVOIR UN CANCER, IDÉES DE SUICIDE, MAIS ON NE TROUVE PAS DE THÈME HYPOCONDRIAQUE, PAS D'AUTOACCUSATION, PAS D'IDÉES DE RUINE.

L'EXAMEN SOMATIQUE

MONTRE L'EXISTENCE D'UNE MALADIE DE RAYNAUD DÉJÀ ANCIENNE.

LA TENSION ARTÉRIELLE EST À 13.9, COEUR ET VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES SONT NORMAUX.

RÉFLEXES NORMAUX. IL EXISTE UN DISCRET SYNDROME EXTRA PYRAMIDAL DU AUX NEUROLEPTIQUES.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

EXAMEN DU SANG

FURENT NORMAUX

FOND D'OEIL

L'E.E.G. MONTRAIT UNE SENSIBILITÉ PARTICULIÈRE À L'HYPERPNÉE ET À LA STIMULATION LUMINEUSE.

ENFIN DES TESTS PSYCHOMÉTRIQUES CONCLURENT :

"CHEZ UN SUJET DE NIVEAU INTELLECTUEL LÉGÈREMENT SUPÉRIEUR À LA NORMALE (AU TEST DE WECHSLER BELLEVUE ET AU TEST DE BINOIS PICHOT : QUOTIENT INTELLECTUEL À 110)

TROUBLES IMPORTANTS DE L'ATTENTION ET DE LA CONCENTRATION DANS LES ÉPREUVES PERCEPTIVO-MOTRICES (TEST DE BENTON, TEST DE ROSCHACH) MANIFESTEMENT EN RAPPORT AVEC UN RALENTISSEMENT D'ORIGINE THYMIQUE.

MAIS ON NE RELÈVE AUCUN INDICE D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL, NI AUCUN SIGNE D'ORGANICITÉ.

L'ÉVOLUTION

FUT PROLONGÉE

MALGRÉ LA CHIMIOTHÉRAPIE ANTIDÉPRESSIVE ET ANTIANXIEUSE QUI N'APPORTA AUCUNE AMÉLIORATION (TOFRANIL, PUIS NIAMID, PUIS NARDYL, PUIS MARSILID) MALGRÉ 2 CURES D'ÉLECTROCHOCs QUI N'AMENÈRENT QU'UNE RÉMISSION PASSAGÈRE, PUISQUE 3 MOIS APRÈS SA SORTIE LA MALADE DUT À NOUVEAU ÊTRE HOSPITALIQUÉE. DEVANT L'ÉCHEC DES DIVERSES THÉRAPEUTIQUES, APRÈS 2 ANS D'ÉVOLUTION UNE LOBOTOMIE FUT ENVISAGÉE. ELLE FUT PRATiquÉE DANS LE SERVICE DE NEUROCHIRURGIE DE LARIDOISIÈRE EN OCTOBRE 1961.

LA MALADE QUI SUPPORTA BIEN CETTE INTERVENTION, GUÉRIT ENSUITE RAPIDEMENT, APRÈS UNE BRÈVE PÉRIODE D'INDIFFÉRENCE ET D'ISOLEMENT. CETTE GUÉRISON FUT STABLE ET COMPLÈTE, PUISQUE AU QUESTIONNAIRE ENVOYÉ EN FÉVRIER 1963 MADAME LA... RÉPONDIT QU'ELLE AVAIT RETROUVÉ UNE HUMEUR GAIE ET SOCIABLE, ET QU'ELLE AVAIT PÛ REPRENDRE SON TRAVAIL D'EMPLOYÉE DE BUREAU.

EN CONCLUSION

IL S'AGIT ICI D'UNE DÉPRESSION APPARUE DANS LES SUITES D'UNE HYSTÉRECTOMIE, CHEZ UNE FEMME DE 45 ANS, AU CARACTÈRE OBSESSIONNEL ET N'AYANT JAMAIS PRÉSENTÉ D'ÉPISODE PSYCHIATRIQUE ANTÉRIEUR.

LA CLINIQUE EST CELLE D'UNE DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE BANALE.

PLUS PARTICULIÈRE EST L'ÉVOLUTION PROLONGÉE (2 ANS) MALGRÉ LES THÉRAPEUTIQUES, ET FAISANT CRAINDRE UN PASSAGE À LA CHRONICITÉ.

ENFIN L'EFFET DE LA LOBOTOMIE FRONTALE BILATÉRALE, QUI AMENA LA DISPARITION DE TOUS LES TROUBLES FUT SPECTACULAIRE.

OBSERVATION N° 3

MADAME CH.... 55 ANS,

ENTRE POUR LA PREMIÈRE FOIS AU SERVICE FERMÉ DE LA CLINIQUE LE 24 SEPTEMBRE 1956, AVEC LE CERTIFICAT SUIVANT :

"TENTATIVES RÉPÉTÉES DE SUICIDE AVEC TOUT CE QUI LUI TOMBE SOUS LA MAIN. REFUS D'ALIMENTS, MÉLANCOLIE DÉLIRANTE : ELLE NE VEUT PAS RUINER LA SÉCURITÉ SOCIALE, ELLE EST INCURABLE, ELLE PERD SES MATIÈRES. PROLAPSUS RECTAL RÉCEMMENT OPÉRÉ. ZONA INTERCOSTAL EN DECOURS. MALADE À SURVEILLER DE PRÈS..."

LE DÉBUT DES TROUBLES

EST SURVENU DRUTALEMENT 2 SEMAINES APRÈS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE (CURE CHIRURGICALE D'HÉMOÏDES ET DE PROLAPSUS).

IL FAUT NOTER CEPENDANT QU'1 AN AUPARAVANT LA MALADE AVAIT PERDU SON MARI; MORT SOUDAINEMENT PAR EMBOLIE, ALORS QUE LA MALADE ÉTAIT À SES CÔTÉS : ELLE EN AVAIT ÉTÉ LONGTEMPS ET PROFONDÉMENT BOULEVERSÉE.

LES ANTÉCÉDENTS DE LA MALADE

NE COMPORTENT AUCUN ÉPISODE PSYCHIATRIQUE TANT DANS SA FAMILLE QUE CHEZ ELLE MÊME.

SON CARACTÈRE ASSEZ RENFERMÉ, SUJET AU DOUTE, AUX SCRUPULES, AVEC UNE PRO-
PRETÉ EXCESSIVE, ÉTAIT DE TYPE OBSESSIONNEL.

ENFIN ELLE EST MÉNOPAUSÉE DEPUIS 6 ANS.

À L'EXAMEN DANS LE SERVICE

LA MALADE A UN FACIÈS TRAGIQUE - L'INHIBITION EST IMPORTANTE AVEC SEMI-MU-
TISME - DE TEMPS EN TEMPS LA MALADE SE TORD LES MAINS - IL EXISTE

UNE ANXIÉTÉ EXTRÊME

DES IDÉES DÉLIRANTES MULTIPLES, IDÉES D'AUTO ACCUSATION : "ELLE EST EN
FAUTE, ELLE VA RUINER LA SÉCURITÉ SOCIALE, ELLE EST INFECTÉE, ELLE EST
MONSTRUEUSE".

DES PRÉOCCUPATIONS HYPOCONDRIQUES IMPORTANTES CENTRÉES SUR LA PEUR
OBSÉDANTE DE PERDRE SES MATIÈRES.

ENFIN LA MALADE A FAIT, SANS SUCCÈS, PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE.

AU POINT DE VUE SOMATIQUE

ON NE RETROUVE RIEN D'ANORMAL :

LE COEUR EST RÉGULIER, LA T.A. EST À 14-9, L'EXAMEN NEUROLOGIQUE EST NORMAL
(À NOTER QUE LA MALADE A FAIT DANS LE SERVICE UNE CRISE DE TACHYCARDIE PA-
ROXYSTIQUE).

LES EXAMENS BIOLOGIQUES

SONT SUBNORMAUX :

URÉE = 0,49 g

GLYCÉMIE = 1,12g

E.E.G. LÉGÈREMENT ALTÉRÉ (ASPECT POINTU ET ABONDANCE DU RYTHME THÊTA)

L'ÉVOLUTION

SE FIT VERS UNE GUÉRISON RAPIDE GRÂCE À UNE CURE D'ÉLECTROCHOC (13 EN TOUT)

L'ACCÈS DURA 4 MOIS

LA MALADE QUITTA LE SERVICE POUR SE RENDRE CHEZ SA SOEUR. RAPIDEMENT ELLE PUT RETOURNER VIVRE SEULE CHEZ ELLE ET REPRENDRE SON TRAVAIL.

MAIS ELLE FUT HOSPITALISÉE POUR LA SECONDE FOIS 4 ANS PLUS TARD POUR UN ACCÈS DE MÉLANCOLIE ANXIEUSE ÉVOLUANT DEPUIS 1 AN AVEC QUELQUES IDÉES HYPOCHONDRIQUES CENTRÉES SUR L'IDÉE DE PERDRE SES MATIÈRES, TROUBLES DU SOMMEIL, IDÉES COMPULSIVES DE SUICIDE.

ELLE GUÉRIT AU BOUT DE 6 MOIS GRÂCE À UNE CURE D'ÉLECTROCHOC.

EN 1963 LE QUESTIONNAIRE NOUS APPREND QU'ELLE VA BIEN DEPUIS.

QUE SON CARACTÈRE EST REDEVENU CE QU'IL ÉTAIT AVANT LA DÉPRESSION.

PAR CONTRE ELLE N'A PAS REPRIS SON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE (MAIS ELLE A MAINTENANT 61 ANS).

EN CONCLUSION

L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE APPARU ICI APRÈS UN DEUIL (L'INTERVENTION CHIRURGICALE N'AYANT FAIT QUE PRÉCIPITER LES CHOSSES),

SUR UNE PERSONNALITÉ ANANKASTIQUE DÉPOURVUE DE TOUT ANTÉCÉDENT DÉPRESSIF EST INTÉRESSANT PAR : SA SURVENUE À DISTANCE DE LA MÉNOPAUSE (6 ANS APRÈS) SA SYMPTOMATOLOGIE FAITE D'IDÉES D'AUTO ACCUSATION MONSTRUEUSE, ET D'HYPochondrie DÉLIRANTE CENTRÉE SUR LA SPHÈRE ANALE, SON ÉVOLUTION FAVORABLE PAR LES ÉLECTROCHOC, L'APPARITION D'UN 2ÈME ACCÈS SANS CAUSE DÉCLENCHANTE CETTE FOIS-CI, 4 ANS APRÈS LE 1ER, SON DIAGNOSTIC PLUS DIFFICILE AVEC UNE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE À DÉBUT TARDIF.

OBSERVATION N° 4

MADAME BU... 51 ANS,

ENTRE LE 21 JUIN 1960 AU SERVICE FERMÉ DE LA CLINIQUE POUR UN ÉTAT DÉPRESSIF AVEC TENTATIVE DE SUICIDE COLLECTIF AU GAE QUI A ENTRAÎNÉ LA MORT DE SON ENFANT DE 14 ANS.

L'HISTOIRE DE LA MALADIE

APPREND QUE DURANT L'ÉTÉ DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE MADAME BU... S'ÉTAIT VUE RÉTROGRADÉE DU RANG DE PREMIÈRE SECRÉTAIRE QU'ELLE OCCUPAIT DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, À CELUI DE SUBALTERNE.

ELLE S'EN TROUVA TRÈS AFFECTÉE : J'AI PERDU MA PLACE ET JE NE POUVAIS LE SUPPORTER. C'ÉTAIT UNE QUESTION DE PRINCIPE, D'AMOUR PROPRE ET NON D'AR-

GENT DIRA T-ELLE."

IMMÉDIATEMENT APRÈS APPARURENT DES CÉPHALÉES EN CASQUE, UNE INSOMNIE, UNE ASTHÉNIE CROISSANTE, QUI FIRENT QUE 3 MOIS PLUS TARD, MADAME BU... ABANDONNAIT SON POSTE.

DANS L'INTERVALLE SA MÈRE MALADE ET IMPOTENTE, ET QU'ELLE SOIGNAIT, MOURUT. LES SIGNES S'AGGRAVÈRENT ALORS RAPIDEMENT ET EN NOVEMBRE 1961 MADAME BU... DUT ÊTRE HOPITALISÉE DANS UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LA PÉRIPHÉRIE AVEC LE CERTIFICAT SUIVANT :

"SYNDROME DÉPRESSIF RÉACTIONNEL À LA MORT DE SA MÈRE SURVENUE IL Y A 1 MOIS ½. TRÈS GROSSE ANXIÉTÉ. MUTISME ABSOLU. OPPOSITION, PARFOIS THÉÂTRALISME. AGITATION ET TURBULENCE NOCTURNE DEPUIS UNE SEMAINE. AURAIT DÉCLARÉ : "LA NUIT J'AI DES HALLUCINATIONS ET DES CAUCHEMARS". HIER A DIT À DES VOISINS QU'ELLE VENAIT D'ÉTRANGLER SON FILS CE QUI ÉVIDEMMENT N'ÉTAIT QU'UNE DÉCLARATION : AUTO-ACCUSATION OU LA CONSÉQUENCE D'UN ÉTAT ONIRIQUE."

PAS DE NOTION D'UN ÉTAT PSYCHOPATHIQUE ANTÉRIEUR. T.A. = 14,7 - POULS=110 APRÈS UNE CURE D'ÉLECTROCHOCs ELLE QUITTE L'HOPITAL AU BOUT D'1 MOIS ½, INCOMPLÈTEMENT AMÉLIORÉE ET CONTRE AVIS MÉDICAL.

CHEZ ELLE, ELLE SE SENT ENCORE ASTHÉNIQUE, ANXIEUSE, INSOMNIAQUE, INCAPABLE DE PRENDRE UNE DÉCISION CONCERNANT UN ACHAT OU TOUTE TÂCHE MINEURE. SON SENTIMENT D'INCURABILITÉ S'ACCENTUE

EN OUTRE UNE VOIX INTÉRIEURE LUI DIT QU'ELLE EST INCURABLE, QU'ELLE N'EST PLUS ELLE-MÊME, QU'ELLE EST POSSÉDÉE DU DÉMON ET QU'ELLE DOIT MOURIR.

AUSSI 6 MOIS APRÈS, FAIT-ELLE LA TENTATIVE DE SUICIDE QUI ENTRAÎNE LA MORT DE SON FILS ET L'AMÈNE À SAINTE ANNE.

DANS SES ANTÉCÉDENTS

ON NE TROUVE AUCUN ÉPIBOBE DÉPRESSIF FAMILIAL OU PERSONNEL.

- CEPENDANT LA GRAND-MÈRE AURAIT EU DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS SA JEUNESSE
- LE PÈRE DÉCÉDÉ À 56 ANS PRÉSENTAIT UNE ÉPILEPSIE POST-TRAUMATIQUE
- LA MÈRE AVAIT UNE MALADIE DE PARKINSON
- ET SURTOUT LE FILS, ENFANT PRÉMATURÉ ET QUI AVAIT SUBI UN TRAUMATISME DE LA NAISSANCE, FUT CONSIDÉRÉ COMME MANIFESTEMENT PSYCHOTIQUE PAR UN PSYCHIATRE QUI L'EXAMINA EN MÊME TEMPS QUE LA MÈRE.

LE CARACTÈRE DE MADAME BU... ÉTAIT DÉCRIT COMME AUTORITAIRE, SÉVÈRE, RIGIDE. ELLE AVAIT DIVORCÉ APRÈS 12 ANS DE MARIAGE ET VIVAIT SEULE AVEC SA MÈRE ET SON FILS DANS UNE HARMONIE RELATIVE.

A L'EXAMEN À SON ENTRÉE

UNE FOIS DISSIPÉE LA CONFUSION DES PREMIERS JOURS, SANS DOUTE LIÉE À L'INTOXICATION OXYCARBONNÉE, MADAME BU... SE PRÉSENTE DANS UN ÉTAT D'IMMOBILITÉ QUASI-STUPEURUSE EXPRIMANT À VOIX BASSE ACCOMPAGNÉE DE SANGLOTS SECS, DES IDÉES D'INCURABILITÉ ET DE REGRETS QUE CETTE TENTATIVE DE SUICIDE AIT ÉCHOUÉ POUR ELLE EN MÊME TEMPS QU'UN SENTIMENT DE PREPLEXITÉ ET DE DÉSARDOI EXTRÊMES

L'EXAMEN SOMATIQUE

MONTRE QUE L'ÉTAT GÉNÉRAL EST ASSEZ BON.

LA T.A. EST À 10-5, LE COEUR NORMAL.

L'ÉTAT DES RÈGLES N'A PAS ÉTÉ PRÉCISÉ.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

MONTRENT SIMPLEMENT UN TRACÉ ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUE LÉGÈREMENT PERTURBÉ AVEC QUELQUES BOUFFÉES THÊTA SUR LES 2 HÉMISPHERES.

L'ÉVOLUTION

SE FIT VERS UNE AMÉLIORATION PROGRESSIVE APPARUE SEULEMENT 3 MOIS APRÈS LA DATE DE L'HOSPITALISATION GRÂCE AUX MÉDICAMENTS ANTIDÉRRESSEURS (NARDYL, TOFRANOL SURTOUT).

LA MALADE COMMENÇA SEULEMENT ALORS À MANIFESTER QUELQUE REMORD DE SON ACTE. APRÈS UN SÉJOUR DE 6 MOIS DANS LE SERVICE ELLE PARTIT TRÈS AMÉLIORÉE POUR UN HOPITAL DE LA PÉRIPHÉRIE D'OÙ ELLE SORTIT PEU APRÈS, GUÉRIE.

SA MALADIE AVAIT DURÉ ENVIRON 2 ANS.

BIEN QUE LA MALADE NE RÉPONDIT PAS À NOTRE QUESTIONNAIRE, NOUS APPRÎMES QU'ELLE ALLAIT BIEN DEPUIS ET QU'ELLE TRAVAILLAIT RÉGULIÈREMENT COMME SECRÉTAIRE.

EN CONCLUSION

CE CAS ASSEZ TYPIQUE PAR SON DÉCLÈNCHEMENT, PAR DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE TRAVAIL, PUIS LE DÉCÈS D'UN PROCHE, SA SYMPTOMATOLOGIE FAITE D'ANXIÉTÉ, D'AGITATION, DE SENTIMENT DE DÉPERSONNALISATION, AVEC PROBABLEMENT DES HALLUCINATIONS PSYCHO-SENSORIELLES, SON ÉVOLUTION PROLONGÉE SUIVIE D'UNE GUÉRISON COMPLÈTE, RESTE INTÉRESSANT PAR LA GRAVITÉ DES RÉACTIONS MÉDICO-LÉGALES QU'IL ENTRAÎNA, ET LA DÉCOUVERTE D'UNE SCHIZOPHRÉNIE PROBABLE CHEZ LE FILS, QUI FAIT DISCUTER LES RAPPORTS DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

OBSERVATION N° 5

MADAME TH... 47 ANS,

ENTRE LE 2 JANVIER 1959 AU SERVICE FERMÉ DE LA CLINIQUE AVEC LE CERTIFICAT SUIVANT :

"ÉTAT DÉPRESSIF TRAINANT DEPUIS 2 ANS. CET ÉTAT EST SURVENU À LA PÉRIODE MÉNOPAUSIQUE. RÔLE MAJEUR D'UN SEVRAGE AFFECTIF (DÉPART DE SON FILS). DÉJÀ HOSPITALISÉE 8 FOIS EN SERVICE LIBRE. ANXIÉTÉ MOYENNE, INSOMNIE, APRAGMATISME COMPLET, ANOREXIE, MANIFESTATIONS HYSTÉROÏDES : PLEURS ET GÉMISSEMENTS CONTINUELS.

A MENACÉ À PLUSIEURS REPRISES DE SE SUICIDER ET DIT L'AVOIR TENTÉ."

L'HISTOIRE DE LA MALADIE

EST LA SUIVANTE : LE DÉBUT DE LA MALADIE EST SURVENU EN 1956 PEU APRÈS LE DÉCÈS DE LA MÈRE ET LE DÉPART DU FILS AÎNÉ AU SERVICE MILITAIRE.

CE 1ER ÉPISODE CÈBE EN 2 MOIS APRÈS UN TRAITEMENT PAR LES ÉLECTROCHOC.

MAIS LA RECHUTE SURVIENT 3 MOIS APRÈS TOUJOURS SUR LE MÊME MODE.

ET LES ACCÈS VONT AINSI SE SUCCÉDER AVEC UN RYTHME IDENTIQUE (1 ACCÈS TOUS LES 3 MOIS)

ET UNE COURTE DURÉE (1 MOIS ENVIRON POUR CHAQUE ACCÈS)

UNE GRANDE SENSIBILITÉ AUX THÉRAPEUTIQUES SUCCESSIVEMENT EMPLOYÉS (ÉLECTROCHOC, LARGACTIL, TOFRANIL).

DANS LES ANTÉCÉDENTS DE CETTE MALADE

ON NE RETROUVE RIEN DE PARTICULIER, AUCUN ÉPISODE DÉPRESSIF FAMILIAL OU PERSONNEL.

UNE TANTE AVAIT UN CARACTÈRE "NEURASTHÉNIQUE". ELLE MÊME A TOUJOURS ÉTÉ UNE FEMME INSATISFAITE, DÉMONSTRATIVE, FRIGIDE, ETC... AU TOTAL ELLE A DES TRAITS DE CARACTÈRE HYSTÉROÏDE.

SA MÉNOPAUSE COMMENCÉE À 44 ANS PEU AVANT LE PREMIER ÉPISODE DÉPRESSIF EST ACTUELLEMENT EN COURS.

A L'EXAMEN

IL EXISTE UN ÉTAT DÉPRESSIF TYPIQUE AVEC AU PREMIER PLAN DES IDÉES D'AUTO-ACCUSATION ("TOUS LES TORTS SONT DE MON CÔTÉ, CE N'EST PAS AGRÉABLE POUR MA FAMILLE, JE MÉRITE DES CLAQUES"). ET DES IDÉES D'INCURABILITÉ. LA PRÉSENTATION EST TANTÔT CELLE D'UNE MALADE FIGÉE, COMPLÈTEMENT INHIDÉE, À D'AUTRES MOMENTS EXISTE UN ÉTAT DE SUREXITATION AVEC PLEURS, GÉMISSEMENTS, SUPPLICATIONS, THÉÂTRALISME EXTRÊME.

L'EXAMEN SOMATIQUE EST NORMAL

LA T.A. EST À 10-5.

LE SEUL POINT UN PEU PARTICULIER EST L'EXISTENCE DE VARICES IMPORTANTES AUX MEMBRES INFÉRIEURS.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

EXAMEN DU SANG ET E.E.G. SONT NORMAUX.

LES EXAMENS PSYCHOMÉTRIQUES

OBJECTIVENT UN NIVEAU INTELLECTUEL SUPÉRIEUR À LA MOYENNE (QI=115 AU TEST DE WECHSLER ET AU BINOIS PICHAT), SANS DÉTÉRIORATION PSYCHOMÉTRIQUE AU BENTON (NOTE PRÉSUMÉE : 7 - NOTE OBTENUE : 6).

L'ÉVOLUTION

DE L'ACCÈS S'EST FAITE VERS LA GUÉRISON RAPIDE GRÂCE AU TOFRANIL.

MAIS LA RECHUTE EST SURVENUE QUELQUES MOIS PLUS TARD, SUIVIE D'AUTRES ACCÈS IDENTIQUES.

LA MALADE A ÉTÉ REVUE EN 1963, APRÈS UNE VINGTAIN D'ÉPISODES DÉPRESSIFS S'ÉTALANT SUR UNE PÉRIODE DE 7 ANS.

UNE DERNIÈRE SÉRIE D'ÉLECTROCHOC VENAIT D'ÊTRE PRATIQUÉ 1 MOIS AUPARAVANT. LA MALADE S'EST PRÉSENTÉE À NOUS COMME UNE FEMME PARAISSANT NETTEMENT MOINS QUE SON ÂGE ; DANS L'INTERVALLE DE SES ACCÈS ELLE EST ASSEZ GAIE, COQUETTE, ACTIVE : PAR CONTRE ELLE A TOUJOURS PEUR DE MAL FAIRE SON TRAVAIL (COUREURIÈRE) A PEUR QU'IL N'ARRIVE UN MALHEUR ETC... MAIS PRÉTEND QU'ELLE A TOUJOURS ÉTÉ AINSI : SOUCIEUSE ET MÉTICULEUSE. LA MALADE A PAR AILLEURS SUBI EN 1960 UNE HYSTÉRECTOMIE QUI N'A CHANGÉ EN RIEN LE COURS DE SA MALADIE.

DES ÉPREUVES PSYCHOMÉTRIQUES

(BINOS-PICHOT, BENTON, RORSCHACH) MONTRÈRENT UNE TRÈS LÉGÈRE BAISSSE D'EFFICIENCE PAR RAPPORT AU 1ER TEST, MAIS PAS DE DÉTÉRIORATION ORGANIQUE (2ÈME MALADE DU TABLEAU). À L'ÉCHELLE DE SANDLER ET HAZARI LA MALADE OBTENAIT UN MAXIMUM DE POINTS EN A=14 (CARACTÈRE OBSSIONNEL) CE QUI NE CONCORDE PAS PARFAITEMENT AVEC L'IMPRESSION CLINIQUE GÉNÉRALE QUI EN FAISAIT UNE HYSTÉRIQUE.

EN CONCLUSION

CETTE OBSERVATION NOUS A PARU INTÉRESSANTE CAR CETTE MALADE, CHEZ QUI ON A TOUR À TOUR PORTÉ LE DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION NÉVROTIQUE, PUIS DE PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE, POURRAIT BIEN PRÉSENTER UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION :

ON TROUVE EN FAVEUR DE CE DIAGNOSTIC :

- L'EXISTENCE D'UNE PERSONNALITÉ NÉVROTIQUE DE BASE (AVEC DESNIQUEMENT DES TRAITS D'HYSTÉRIE ET DES TRAITS DE PSYCHASTHÉNIE).
- LA SURVENUE EN PÉRIODE MÉNOPAUSIQUE APRÈS DES SÉPARATIONS (MORT DE LA MÈRE, DÉPART DU FILS AÎNÉ, ÉLOIGNEMENT DU FILS CADET).
- L'ASPECT CLINIQUE D'AGITATION ET DE THÉÂTRALISME (MAIS SANS PRÉOCCUPATIONS HYPOCONDRIAQUES IMPORTANTES).
- L'ÉVOLUTION PROLONGÉE DE LA MALADIE CONSIDÉRÉE DANS SON ENSEMBLE.

CAR LES 20 ACCÈS SUCCESSIFS NE SONT PEUT-ÊTRE QUE DES RECHUTES D'UNE DÉPRESSION PROLONGÉE, ET NON DES ÉCÈS DISTINCTS.

IL N'EST PAS IMPOSSIBLE QUE CETTE MALADE GUÉRISSE DÉFINITIVEMENT UN JOUR, DANS QUELQUES MOIS OU QUELQUES ANNÉES. LE PASSAGE À LA CHRONICITÉ PARAÎT MOINS PROBABLE. MALADE NORMALE ENTRE LES ACCÈS - BONS TESTS PSYCHOMÉTRIQUES.

OBSERVATION N° 6

MADAME DE.... 48 ANS

ENTRE EN FÉVRIER 1960 AU SERVICE LIBRE DE LA CLINIQUE POUR UN ÉTAT DÉPRESSIF D'APPARITION RÉCENTE.

L'HISTOIRE DE LA MALADIE

EN AOÛT 1959 SON MARI EST CONGÉDIÉ DE LA PLACE DE BERGER QU'IL OCCUPAIT : IL PERD AINSI À LA FOIS SON LOGEMENT ET SON REVENU.

APRÈS DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS LA FAMILLE TROUVE DANS UN VILLAGE VOISIN UNE MAISON AU LOYER COUTEUX, TANDIS QUE LE MARI CONTINUE VAINEMENT À CHERCHER DU TRAVAIL. LE COUPLE A 3 ENFANTS À CHARGE.

4 MOIS APRÈS LE DÉBUT DE CES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES MME DE... DEVINT TRÈS ANXIEUSE, UNE INSOMNIE SE DÉVELOPPE PEU À PEU AVEC DES CAUCHEMARS.

MME DE... S'ISOLE, NE PARLANT PAS À SES NOUVEAUX VOISINS

ELLE RUMINE SANS CESSER CES ENNUIS

ET SURTOUT APPARAÎT CHEZ ELLE LA PEUR OBSÉDANTE QUE SES QUELQUES BÊTES NE PASSENT À TRAVERS LES HAIES POUR ALLER ENNUYER LES VOISINS.

ET ELLE VA SANS CESSER VÉRIFIER QUE SES MOUTONS SONT TOUJOURS LÀ OÙ ELLE LES A LAISSÉS.

L'AP-RAGMATISME DEVIENT COMPLET.

LA MALADE FIT UNE FUGUE IMPULSIVE QUELQUES JOURS PLUS TARD : ELLE PREND

BRUSQUEMENT LE TRAIN POUR ALLER, À PARIS SE JETER DANS LA SEINE. ELLE REVIENT RAPIDEMENT SANS AVOIR ACCOMPLI SON GESTE, MAIS DE PLUS EN PLUS DÉSESPIRÉE, DEMANDE SANS CESSER À SON MARI DE LA TUER. C'EST ALORS QUE SA FAMILLE L'AMÈNE DANS LE SERVICE.

LES ANTÉCÉDENTS DE CETTE MALADE

QUI A PERDU SES PARENTS TRÈS JEUNES (DE TUBERCULOSE PULMONAIRE) SONT DÉPOURVUS DE TOUT ACCIDENT PSYCHIATRIQUE DÉPRESSIF OU AUTRE.

TRÈS PRIVÉE D'AFFECTION, ELLE TRAVAILLA DÈS L'ÂGE DE 13 ANS DANS LA FERME DE SON FRÈRE, PUIS ENSUITE COMME DOMESTIQUE. SON CARACTÈRE A TOUJOURS ÉTÉ TRISTE ET ÉMOTIF.

RÉGLÉE TRÈS TARD (19 ANS) CETTE FEMME N'EST PAS ENCORE MÉNOPAUSÉE : SON CYCLE MENSTRUEL EST TOUJOURS RÉGULIER.

À L'EXAMEN DANS LE SERVICE

LA MALADE SE PRÉSENTE DANS UN ÉTAT D'INHIBITION QUASI STUPEURUSE.

L'ANXIÉTÉ EST AU PREMIER PLAN DU TABLEAU CLINIQUE : LA MALADE À PEUR ; PEUR DE RESTER TOUJOURS DANS LE SERVICE, PEUR DE TOUT.

ELLE A DES IDÉES DE RUINE : SON MARI EST TROP VIEUX IL NE TROUVERA JAMAIS DE PLACE, ET PUIS IL TOMBERA MALADE, ET PLUS IL N'Y AURA PLUS D'ASSURANCE AGRICOLE, ETC...

DES IDÉES D'INCAPACITÉ, AINSI QUE DES IDÉES D'INCURABILITÉ, MAIS PAS DE PRÉOCCUPATIONS HYPOCONDRIQUES.

L'EXAMEN SOMATIQUE EST NORMAL

EN PARTICULIER LA T.A. EST À 12/8

LES EXAMENS BIOLOGIQUES

B.W., URÉE, GLYCÉMIE SONT NORMAUX AINSI QUE FOND D'OEIL, RADIO DU CRÂNE ET E.E.G.

L'ÉVOLUTION

SE FIT VERS LA GUÉRISON RAPIDE AU BOUT D'1 MOIS GRÂCE AU TOFRANIL PAR VOIE INTRA-MUSCULAIRE, PUIS BUCCALE, ASSOCIÉ À QUELQUES ÉLECTROCHOCS (3°). LA MALADE SORTIT AVEC UN TRAITEMENT D'ENTRETIEN PAR LE TOPRANIL ET RETOURNA DANS SA FAMILLE.

L'ÉPISODE DÉPRESSIF AVAIT DURÉ 5 MOIS ENVIRON.

LE QUESTIONNAIRE DE FÉVRIER 1963 NOUS APPRIT QUE CETTE GUÉRISON FUT STABLE CECI MALGRÉ UNE SÉRIE DE CATASTROPHES QUI S'ABATTIT BIENTÔT APRÈS SUR

NOTRE MALADE :

- DÉPART DU FILS AÎNÉ POUR L'ALGÉRIE
- GRAVE ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE CHEZ SON MARI QUI FUT ENSUITE ARRÊTÉ POUR ATTENTAT À LA PUDEUR PUIS INTERNÉ
- CHANGEMENT DE DOMICILE POUR ÉCHAPPER À LA CURIOSITÉ DES VOISINS
- SITUATION FINANCIÈRE TOUJOURS AUSSI PRÉCAIRE

AINSI 3 ANS APRÈS SA DÉPRESSION, MADAME DE.... VA PARFAITEMENT BIEN ET S'OCCUPE SEULE DE SA MAISON ET DE SES ENFANTS.

EN CONCLUSION

APPARITION EN PÉRIODE PRÉ-MÉNOPAUSIQUE D'UN ÉTAT DÉPRESSIF DÉCLENCHÉ PAR DE GRAVES DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES. TABLEAU CLINIQUE ASSEZ BANAL, SI CE N'EST LA PRÉSENCE D'OBSESSION COMPULSION.

GUÉRISON DÉFINITIVE ET STABLE MALGRÉ LES TRÈS MAUVAISES CONDITIONS MORALES ET FINANCIÈRES RENCONTRÉES À LA SORTIE DE L'HOPITAL.

OBSERVATION N° 7

MADAME BR... 47 ANS,

ENTRE EN MARS 1962 AU SERVICE LIBRE DE LA CLINIQUE POUR UN ÉTAT DÉPRESSIF ÉVOLUANT DEPUIS 8 MOIS MALGRÉ LES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS.

LE DÉBUT DE LA MALADIE

EST SURVENUE BRUTALEMENT, PEU APRÈS L'ARRÊT DÉFINITIF DES RÈGLES, ET SEMBLE-T-IL SANS RAISON APPARENTE, LA MALADE SE PLAIGNANT D'ASTHÉNIE, ET DE TROUBLES SUBJECTIFS NOMBREUX ET VARIÉS PAR TOUT LE CORPS.

DES PRÉOCCUPATIONS ÉROTIQUES, ATTRIBUÉES À L'EFFET DES MÉDICAMENTS, SONT AU 1^{ER} PLAN DU TABLEAU CLINIQUE.

L'INSOMNIE EST REBELLE

LES MÉDICAMENTS ANTI-DÉPRESSEURS PRESCRITS DEPUIS 6 MOIS RESTENT SANS EFFET SUR LES SYMPTÔMES.

DANS LES ANTÉCÉDENTS

ON NE RETROUVE RIEN DE PARTICULIER DANS LA FAMILLE DE MADAME BR...

MAIS ELLE MÊME A FAIT À 26 ANS, APRÈS UNE DÉCEPTION SENTIMENTALE UNE PETITE "DÉPRESSION" POUR LAQUELLE ELLE FUT SUIVIE QUELQUES TEMPS EN CONSULTATION À LA SALPÊTRIÈRE.

NOUS APPRÎMES PAR AILLEURS QU'ELLE A TOUJOURS EU UN CARACTÈRE HYSTÉROÏDE FAIT DE COQUETTERIE, DE MANIÉRISME, DE THÉATRALISME. IL EXISTE ENFIN UNE

FRIGIDITÉ ANCIENNE.

LA MALADE EST MÉNOPAUSÉE DEPUIS QUELQUES MOIS : ELLE A RESSENTI TRÈS DOULOUREUSEMENT SA MÉNOPAUSE QU'ELLE TROUVAIT ANORMALE ET INQUIÉTANTE "J'AURAIS VOULU REVOIR MES RÈGLES. C'EST UN CHANGEMENT DE PALIER DANS LA VIE D'UNE FEMME".

A L'EXAMEN

LA MALADE CHERCHE MANIFESTEMENT À ATTIRER L'ATTENTION ; SA PRÉSENTATION EST TRÈS THÉÂTRALE AVEC LARMES, ATTITUDES MANIÉRÉS, EXPOSÉ COMPLAISANT DES TROUBLES ; ELLE SE PLANT AUSSI D'ASTHÉNIE, DE DÉSINTÉRÊT.

LES PRÉOCCUPATIONS HYPOCONDRIQUES SONT DÉCRITES SUR UN MODE DÉLIRANT : ELLE A LA VUE TROUBLÉE, DES PALPITATIONS, DES TREMBLEMENTS, DES CÉPHALÉES, DES DOULEURS LOMBAIRES ET ABDOMINALES, MAIS SURTOUT ELLE RESSENT DES CHALEURS SOUDAINES DANS LES SEINS ET LES LOMES BIENTÔT SUIVIES D'UNE SENSATION DE FROID INTENSE, DES COURANTS ÉLECTRIQUES QUI SUIVENT LES NERFS POUR REMONTER DES TALONS JUSQU'À LA TÊTE, ELLE A L'IMPRESSION QUE SA TÊTE GONFLE ETC... ENFIN ELLE DÉCRIT DES SENSATIONS ÉROTIQUES PROVOQUÉES PAR LES MÉDICAMENTS.

DANS LE SERVICE L'ÉTAT DE MADAME BR... VA S'AGGRAVER BRUSQUEMENT : ELLE DEVIENT TRÈS ANXIEUSE, TRÈS AGITÉE, CASSE UN CARREAU, ET DOIT ÊTRE MAINTENUE.

ELLE DEVIENT AUSSI FRANCHEMENT DÉLIRANTE PROCLAMANT "JE SENS DE LA RADIO-ACTIVITÉ EN MOI, JE PENSE QUE CELA VA ME GUÉRIR;"

A L'EXAMEN CLINIQUE

LA T.A. EST À 15-8.

L'EXAMEN NEUROLOGIQUE TROUVE, EN DEHORS D'UN SYNDROME EXTRA PYRAMIDAL DÙ AUX NEUROLEPTIQUES REÇUS, QUELQUES SIGNES PEU SIGNIFICATIFS:

UN SIGNE DE SCHVOSTEK

UNE HYPEREFFECTIVITÉ TENDINEUSE PLUS MARQUÉE DU CÔTÉ DROIT.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

EXAMENS BIOLOGIQUES, FOND D'OEIL QUI MONTRE L'ABSENCE D'ANOMALIE VASculaire, L'E.E.G., SONT NORMAUX.

L'ÉVOLUTION

DANS LE SERVICE APRÈS UNE BRÈVE AMÉLIORATION PAR LES ÉLECTROCHOCs, S'EST FAITE VERS UNE REBHUTE RAPIDE.

LE LARGACTIL, PRESCRIT ENSUITE N'A AMENÉ ÉGALEMENT QU'UNE RÉMISSION PASSAGÈRE.

LA MALADE A ÉTÉ MISE ENSUITE AU TRAITEMENT PAR LES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS (AMITRYPTILLINE).

ELLE EST SORTIE DU SERVICE AMÉLIORÉE MAIS NON GUÉRIE : ASTHÉNIE, PRÉOCCUPATIONS HYPOCONDRIAQUES EXISTAIENT ENCORE.

ACTUELLEMENT LA MALADE CONTINUE À PRENDRE DES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS NÉANMOINS SON HUMEUR RESTE SOMBRE. SA MALADIE ÉVOLUE DEPUIS 2 ANS ET LES TROUBLES TENDENT À PRENDRE UNE ALLURE DE CHRONICITÉ CECI MALGRÉ DES CONDITIONS D'ENTOURAGE FAVORABLE : BONNE ENTENTE CONJUGALE, SITUATION DU MARI MODESTE MAIS STABLE.

EN CONCLUSION :

CETTE OBSERVATION EST INTÉRESSANTE.

PUISQUE CETTE MALADE QUI AVAIT UNE PERSONNALITÉ DE TYPE HYSTÉROÏDE APRÈS AVOIR FAIT DANS SA JEUNESSE UNE DÉPRESSION QUI A TOUS LES CARACTÈRES D'UNE DÉPRESSION RÉACTIONNELLE

À FAIT PEU APRÈS SA MÉNOPAUSE UN ACCÈS DÉPRESSIF QUI, LUI A TOUS LES CARACTÈRES D'UNEMÉLANCOLIE, ET PLUS PARTICULIÈREMENT D'UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, AVEC AGITATION, IDÉES DÉLIRANTES HYPOCONDRIAQUES ETC...

LES 2 AFFECTIONS PEUVENT DONC SE RENCONTRER CHEZ LA MÊME PERSONNE.

EN OUTRE ICI, BIEN QU'IL SOIT ENCORE TROP TÔT POUR L'AFFIRMER UNE ÉVOLUTION VERS LA CHRONICITÉ EST À CRAINDRE DEVANT LA PERSISTANCE :

DE L'ASTHÉNIE

DES PLAINTES HYPOCONDRIAQUES MULTIPLES

DE L'HUMEUR SOMBRE

CES QUELQUES OBSERVATIONS NOUS DONNENT UNE IDÉE DE CE QU'EST LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

NOUS POURRIONS MULTIPLIER LES EXEMPLES, MAIS IL NOUS A SEMBLÉ INUTILE DE PROLONGER CET EXPOSÉ, CE QUE NOUS EN AVONS VU PERMETTANT DÉJÀ D'APPRÉCIER :

- 1/ LA MULTIPLICITÉ ET L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES TABLEAUX CLINIQUES RÉALISÉS
- 2/ LA VARIABILITÉ DE LA SENSIBILITÉ AUX DIVERS TRAITEMENTS, D'UN MALADE À L'AUTRE
- 3/ LA FAÇON NON UNIVOQUE DONT LA MALADIE PEUT ÉVOLUER
- 4/ LA DIVERSITÉ DE CARACTÈRE DES PERSONNES CAPABLES DE FAIRE UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION : MAIS LA FRÉQUENCE AVEC LAQUELLE CETTE MALADIE SE DÉVELOPPE SUR UNE PERSONNALITÉ DE BASE ANORMALE.

IX - PATHOGENIE DE LA MELANCOLIE D'INVOLUTION

LA PATHOGENIE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION RESTE INCONNUE À L'HEURE ACTUELLE.

ELLE N'EST PEUT-ÊTRE PAS UNIVOQUE.

EN TOUT CAS NOUS AVONS VU QUE LE PROBLÈME DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EST DIRECTEMENT LIÉ COMME SON NOM L'INDIQUE À CELUI DE L'INVOLUTION C'EST À DIRE DE LA SÉNESCENCE.

QU'EST-CE QUE L'INVOLUTION ?

"C'EST UNE MODIFICATION RÉGRESSIVE D'UNE PARTIE DE L'ORGANISME OU DE L'ORGANISME TOUT ENTIER", OU ENCORE " C'EST L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS RÉGRESSIVES QUE LA SÉNESCENCE IMPOSE À L'ORGANISME". NOUS ALLONS PRÉCISÉMENT ENVISAGER EN QUOI CONSISTENT CES MODIFICATIONS.

I - LA SÉNESCENCE

SOUS LE TERME DE PHÉNOMÈNES DE SÉNESCENCE, ON ENGLOBE LES MODIFICATIONS BIOCHIMIQUES, MORPHOLOGIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET CONSÉCUTIVES À L'ACTION DU TEMPS SUR LES ÊTRES VIVANTS.

CES PHÉNOMÈNES DE SÉNESCENCE OU DE VIEILLISSEMENT NE SONT PAS TOUJOURS ÉVIDENTS À NOS SENS ; MAIS ILS EXISTENT ET LA LENTE ACCUMULATION DE LEURS EFFETS, TOUT AU COURS DE LA VIE FINIT PAS ENTRAÎNER DES TRANSFORMATIONS IRRÉVERSIBLES QUI RÉALISENT L'ÉTAT SÉNILE, ABOUTISSEMENT DE CETTE LENTE ÉVOLUTION.

LES PHÉNOMÈNES DE SÉNESCENCE VONT SE MANIFESTER SUR TOUS LES PLANS D'INTÉGRATION DE L'ORGANISME :

- AU NIVEAU DE LA CELLULE ET DES TISSUS
- AU NIVEAU DES DIFFÉRENTS ORGANES ET DES DIFFÉRENTES FONCTIONS
- AU NIVEAU ENFIN DE L'ORGANISME TOUT ENTIER

SI LES EFFETS DE CES PHÉNOMÈNES DE SÉNESCENCE SONT À PEU PRÈS CONNUS, PAR CONTRE LEUR ORIGINE RESTE TRÈS MYSTÉRIEUSE.

ON MET ACTUELLEMENT L'ACCENT SUR LES PERTURBATIONS MÉTABOLIQUES AU NIVEAU DE LA CELLULE :

- CES PERTURBATIONS POUVANT ÊTRE SOUS LA DÉPENDANCE DE FACTEURS ENTRA-

CELLULAIRES ; VASCULAIRES EN PARTICULIER

- OU SOUS LA DÉPENDANCE DE FACTEURS INTRA-CELLULAIRES (DÉPOLYMÉRISATION DES CHÂINES PROTÉIQUES, SURCHARGES PIGMENTAIRES, PERTURBATIONS ENZYMATIQUES SURTOUT)
- OU SOUS LA DÉPENDANCE DES 2 À LA FOIS

NOUS ENVISAGERONS TRÈS BRIÈVEMENT LES MODIFICATIONS IMPOSÉES AUX DIFFÉRENTS TISSUS ET ORGANES PAR LA SÉNESCENCE. EN FAIT LES PHÉNOMÈNES INVOLUTIFS QUI NOUS INTÉRESSENT DIRECTEMENT À PROPOS DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SONT CEUX QUI FRAPPENT LE SYSTÈME NERVEUX, ET LES GLANDES ENDOCRINES : À CE PROPOS NOUS ENVISAGERONS LES RAPPORTS CAPITALEX DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AVEC LA MÉNOPAUSE.

1°/ AU NIVEAU DE L'ORGANISME TOUT ENTIER

SE RETROUVENT LES PHÉNOMÈNES TRÈS GÉNÉRAUX DU VIEILLISSEMENT QU'ON RENCONTRE DANS TOUS LES ORGANES :

- À SAVOIR LA BAISSE DU POIDS DU CORPS
- LA DIMINUTION DE LA CONSOMMATION GLOBALE D'OXYGÈNE (ENTRAINANT UN ABAISSMENT DU MÉTABOLISME DE BASE).
- UNE DÉSHYDRATATION GLOBALE DES CELLULES LIÉES À DES MODIFICATIONS PHYSICO-CHIMIQUES (AVEC DIMINUTION PROGRESSIVE DU TAUX DE POTASSIUM).
- DES MODIFICATIONS DES TISSUS INTERSTITIELS AUGMENTÉS EN VOLUME ET MODIFIÉS QUALITATIVEMENT
- UN POTENTIEL ÉNERGÉTIQUE DIMINUÉ ET UNE MOINDRE PLASTICITÉ D'ÉCHANGES, QUI CONDITIONNENT LA FRAGILITÉ DU VIEILLARD AUX DIFFÉRENTES AGRESSIONS.

2°/ AU NIVEAU DES DIFFÉRENTS ORGANES

- LES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES SUBISSENT UNE INVOLUTION RÉGULIÈRE DE 20 À 60 ANS :

MAIS FORMULE SANGUINE ET MYÉLOGRAMME NE SE MODIFIENT GUÈRE

- L'APPAREIL CIRCULATOIRE EST LE SIÈGE DE MODIFICATIONS ÉVIDENTES DIMINUTION DU DÉBIT CARDIAQUE AVEC AUGMENTATIONS DE LA PRESSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE.

ATHÉROSCLÉROSE SURTOUT : MANIFESTATIONS LA PLUS IMPORTANTE PAR SA FRÉQUENCE ET SES CONSÉQUENCES PATHOLOGIQUES (SURTOUT AU NIVEAU DES CORONAIRES OÙ SA FRÉQUENCE AUGMENTE PROGRESSIVEMENT AVEC L'ÂGE).

- L'APPAREIL RESPIRATOIRE EST ÉGALEMENT TOUCHÉ :

MODIFICATIONS DE LA VENTILATION PULMONAIRE AVEC DIMINUTION PROGRESSIVE ENTRE 20 ET 60 ANS DE LA CAPACITÉ VITALE ET DE LA VENTILATION PULMONAIRE MAXIMALE PAR MINUTE (LA MOYENNE DE CETTE DERNIÈRE PASSANT CHEZ LA FEMME DE 64,9 L/MIN À 25 ANS À 35,5 L/MIN À 75 ANS).

- L'APPAREIL DIGESTIF EST LE SIÈGE D'UNE DIMINUTION DES DIFFÉRENTES SÉCRÉTIONS.

- L'APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE EST LE SIÈGE D'ALTÉRATIONS DE 2 SORTES EN RAPPORT AVEC L'ÂGE :

MODIFICATIONS DES CONTOURS OSSEUS

ALTÉRATIONS DE LA STRUCTURE DE L'OS QUI ABOUTISSENT À UNE DÉCALCIFICATION PLUS OU MOINS IMPORTANTES.

- LE REIN EST LE SIÈGE D'UNE RÉDUCTION DES DIFFÉRENTES FONCTIONS D'EXCRÉTION.

- L'APPAREIL LOCOMOTEUR NE FONCTIONNE PAS TOUJOURS DE LA MÊME FAÇON. LA FORCE MUSCULAIRE DIMINUE DE 30 ANS (BIRREN).

LA FATIGABILITÉ AUGMENTE RAPIDEMENT AU DELÀ DE 40 ANS

LE TEMPS DE RÉACTION EST ALLONGÉ PAR AUGMENTATION DU DÉLAI SYNAPTIQUE

- LA PEAU ET LES PHANÈRES SONT MODIFIÉS PAR L'ÂGE.

MAIS IL FAUT INSISTER ICI TOUT PARTICULIÈREMENT SUR L'AMPLITUDE DES VARIATIONS INDIVIDUELLES DE CETTE SÉNESCENCE PHYSIOLOGIQUE ET SUR L'IMPORTANCE PROBABLE DE FACTEURS HÉRÉDITAIRES.

- LES ORGANES DES SENS ENFIN ONT UNE EFFICIENCE DIMINUÉE

CE QUI PEUT AFFECTER LA CAPACITÉ DE L'ORGANISME À RÉAGIR À L'ENVIRONNEMENT

BAISSE DE L'ACUITÉ VISUELLE, PRESBYTIE

BAISSE DE L'ACUITÉ AUDITIVE ETC...

LES DIVERSES PERCEPTIONS CUTANÉES SONT ÉGALEMENT ÉMOUSSÉES.

IL FAUT INSISTER SUR LE FAIT QUE LA SÉNESCENCE NE REPRÉSENTE PAS UNE CRISE, MAIS UN ENSEMBLE DE MODIFICATIONS LENTES, PROGRESSIVES DONT LA PLUPART APPARAÎSSENT DÈS LA PHASE DE CROISSANCE ACHEVÉE, PARFOIS MÊME AVANT.

EN OUTRE TOUS LES INDIVIDUS NE SONT PAS FRAPPÉS DE LA MÊME FAÇON PAR

MODIFICATIONS, NON PLUS QU'AU MÊME ÂGE.

ET ICI LA NOTION D'ÂGE APPARENT DES SUJETS PREND TOUTE SON IMPORTANCE: C'EST POURQUOI NOUS AVIONS ESSAYÉ DE LA PRÉCISER, (SANS RÉSULTAT VALABLE MALHEUREUSEMENT).

3°/ LES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU SYSTÈME NERVEUX

NOUS RETIENDRONS PLUS LONGTEMPS .

- LE PROBLÈME DE SAVOIR SI LA SÉNESCENCE PHYSIOLOGIQUE EXISTE D'UNE PART
- ET SI, À SUPPOSER QU'ELLE EXISTE, ON PEUT LUI IMPUTER LES TROUBÉES MENTALES DIVERS OBSERVÉS À CETTE PÉRIODE, D'AUTRE PART, EST LOIN D'ÊTRE RÉSOLU.

NOUS AVONS EN EFFET PEU DE MOYENS DE RÉPONDRE AVEC PRÉCISION À LA QUESTION.

SUR LE PLAN ANATOMIQUE :

POIDS ET VOLUME DU CERVEAU DIMINUERAIT PROGRESSIVEMENT À PARTIR DE 30 ANS. MAIS SI L'ON EXCLUT LES CERVEAUX DES VIEILLARDS PRÉSENTANT DES LÉSIONS D'ARTÉRIOSCLÉROSE ET DES TROUBLES ATROPHIQUES, LE SUJET SAIN SEMBLE AVOIR UN CERVEAU PARFAITEMENT NORMAL.

ET LA RARÉFACTION CELLULAIRE QUE CERTAINS AUTEURS AURAIENT TROUVÉE (CRITCHEY 1939) DANS CERTAINES RÉGIONS DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE (RÉGION FRONTALE ET TEMPORALE SUPÉRIEURE SURTOUT AU NIVEAU DE LA 3ÈME COUCHE CORTICALE),

ET CÉRÉDELLEUSE (CELLULES DE PURKINJE : ANDREW 1938),

RESTE TRÈS DISCUTABLE (WILCOX 1958 LA NIE FORMELLEMENT AFFIRMANT QUE "LA POPULATION CELLULAIRE RESTE STABLE".)

SUR LE PLAN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

- LES MODIFICATIONS PIGMENTAIRES
- ET NEUROFIBRILLAIRES

DES PROCESSUS SÉNILES ET PRÉSÉNILES SONT MAINTENANT BIEN CONNUS, CONSIDÉRÉES D'ABORD COMME SPÉCIFIQUES DE CERTAINES AFFECTIONS, IL SEMBLE CEPENDANT QU'ON PUISSE LES RENCONTRER MAIS À UN DEGRÉ MOINDRE, DANS LE CERVEAU DE TOUT SUJET ÂGÉ.

- AINSI LA PRÉSENCE DE PIGMENTS INTRA CELLULAIRES SPÉCIFIQUES À CERTAINS NEURONES ET À CERTAINS TERRITOIRES EST CONNUE DE LONGUE DATE ; ELLE AUGMENTERAIT AVEC L'ÂGE.

LA NATURE LIPOPROTÉIQUE DE CES PIGMENTS EST MAL CONNUE DANS LE DÉTAIL, AINSI QUE LEUR ORIGINE (À PARTIR DES MITOCHONDRIES OU DE L'APPAREIL DE GOLGI ?).

- OU LA PRÉSENCE DE MODIFICATIONS NEUROFIBRILLAIRES RÉALISANT
 - NON PAS TANT LA DÉGÉNÉRESCENCE D'ALZHEIMER MISE EN ÉVIDENCE PAR L'IMPRÉGNATION ARGENTIQUE, ET QUI EST CARACTÉRISTIQUE DE LA MALADIE.
 - QUE LA PLAQUE SÉNILE REVÊTANT L'ASPECT EN COCARDE TYPIQUE CARACTÉRISTIQUE ÉGALEMENT PAR SON ARGENTOPHILIE, ET QUI EST ASSEZ BANALE EN SOI.

SUR LE PLAN DE L'EXAMEN CLINIQUE

LA DIMINUTION DE LA FORCE MUSCULAIRE, DES SENSIBILITÉS, DES RÉFLEXES, L'ALLONGEMENT DES RÉACTIONS PSYCHOMOTRICES DÉJÀ SIGNALÉS, SONT EN FAIT D'INTERPRÉTATION DIFFICILE.

SUR LE PLAN PHYSIOLOGIQUE ENFIN

LA PLUPART DES MODIFICATIONS DUES À L'ÂGE DÉCRITES AU NIVEAU DU SYSTÈME NERVEUX PARAISSENT IMPUTABLES À DES MODIFICATIONS VASCULAIRES.

FAZEKAS ET SES COLLABORATEURS (1952) MIRENT EN ÉVIDENCE UNE RÉDUCTION DU FLUX SANGUIN CÉRÉBRAL ET DE LA CONSOMMATION D'OXYGÈNE DU CERVEAU CHEZ DES SUJETS DE PLUS DE 50 ANS NE PRÉSENTANT AUCUN SIGNE CLINIQUE DE TROUBLES VASCULAIRES CÉRÉBRAUX.

MAIS POUR D'AUTRES (SHENKIN 1953) CE PHÉNOMÈNE NE SERAIT PAS DU À L'ÂGE SEUL MAIS À L'EXISTENCE D'UNE HYPERTENSION ASSOCIÉE.

ON SAIT PAR AILLEURS QUE L'E.E.G. DES VIEILLARDS SAINS NE MONTRE GUÈRE DE PARTICULARITÉS.

DANS NOTRE MATÉRIEL DE MALADES NOUS NE POSSÉDONS AUCUNE PIÈCE ANATOMIQUE PERMETTANT D'AVANCER UNE OPINION PERSONNELLE : CAR L'ON SAIT BIEN QU'ON NE MEURT PAS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

IL APPARAÎT DONC BIEN DIFFICILE D'AFFIRMER QUE TOUTES CES MODIFICATIONS DÉCRITES AU NIVEAU DU CERVEAU (VASCULAIRES, NEUROCELLULAIRES) EN PÉRIODE DE SÉNESCENCE SONT PHYSIOLOGIQUES ET NON DÉJÀ PATHOLOGIQUES.

ET QUAND BIEN MÊME IL S'AGIRAIT D'UN PROCESSUS PHYSIOLOGIQUE, UNE DESCRIPTION DES LÉSIONS N'EST PAS CAPABLE DE NOUS ÉCLAIRER SUR LE DÉTERMINISME DES TROUBLES MENTAUX PROPRES À CETTE PÉRIODE, ET SUR LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION EN PARTICULIER.

4°/ LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA SÉNESCENCE AUX GLANDES ENDOCRINES

À LA SUITE DES TRAVAUX DE BROWN SÉQUARD ON A PENSÉ PENDANT LONGTEMPS QUE L'INVOLUTION DES GLANDES À SÉCRÉTION INTERNE ET LES INSUFFISANCES HORMONALES QUI EN DÉCOULAIENT JOUAIENT UN RÔLE MAJEUR DANS LE DÉTERMINISME DE LA SÉNILITÉ, L'IMPORTANCE DU CYCLE GÉNITAL, ET DE SON ARRÊT DANS LA VIE DE LA FEMME CONSTITUANT UNE BASE À CETTE HYPOTHÈSE.

NÉANMOINS SI LES GLANDES ENDOCRINES SUBISSENT UNE ATROPHIE PLUS OU MOINS ÉVIDENTE CHEZ LES SUJETS ÂGÉS, IL SEMBLE S'AGIR D'UN PHÉNOMÈNE TRÈS GÉNÉRAL DE L'INVOLUTION SÉNILE ET ON N'A JAMAIS FAIT LA PREUVE QU'UNE CARENCE HORMONALE SOIT LA CAUSE DE CETTE INVOLUTION.

D'UNE PART LA CASTRATION OU LES INSUFFISANCES HYPOPHYSAIRES PAR EXEMPLE NE SONT PAS CAPABLES DE FAIRE APPARAÎTRE L'ÉTAT SÉNILE.

ET INVERSEMENT LES TRAITEMENTS OPOTHÉRAPIQUES N'ONT JAMAIS PERMIS D'OBTENIR UN RAJEUNISSEMENT DE L'ORGANISME.

AU NIVEAU DE LA THYROÏDE

L'ACTIVITÉ GLANDULAIRE SERAIT DIMINUÉE ;

LA FONCTION THYROIDIENNE DES SUJETS ÂGÉS A ÉTÉ RÉCEMMENT ÉTUDIÉE PAR L'ÉPREUVE DE CAPTATION D'IODE RADIOACTIF : ON OBSERVE UNE DIMINUTION PROGRESSIVE AVEC L'ÂGE DE FIXATION DE CE PRODUIT.

AU NIVEAU DES SURRÉNALES

LE TAUX D'ÉLIMINATION URINAIRE DES 17 CÉTOSTÉROÏDES BAISSE RÉGULIÈREMENT DE 20 À 89 ANS,

MAIS LES GLANDES PEUVENT ENCORE RÉPONDRE À UNE INDICATION CORTICO STIMULINIQUE.

PAR AILLEURS EXISTE-T-IL UNE BAISSE DE LA SÉCRÉTION DE L'ACTH ? CERTAINS AUTEURS L'ONT PENSÉ ET ONT CRÛ VOIR DANS UNE DÉFICIENCE DU RELAI HYPOPHYSAIRE LA CAUSE DE LA MOINDRE RÉSISTANCE DES VIEILLARDS AUX AGRESSIONS.

MAIS UNE TELLE HYPOTHÈSE PARAÎT PEU PROBABLE.

AU NIVEAU DE L'HYPOPHYSE

SI L'ON NE PEUT PAS DIRE QUE L'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE DE L'ANTE-HYPOPHYSE SOIT TRÈS RÉDUITE CHEZ LE VIEILLARD,

ET SI LA CAUSE DES PHÉNOMÈNES INVOLUTIFS QUE SUBISSENT LES DIFFÉRENTES GLANDES ENDOCRINES NE PARAÎT PAS ÊTRE L'INSUFFISANCE HYPOPHYSAIRE PRIMITIVE ELLE-MÊME COMME LE PENSAIENT CERTAINS AUTEURS,

CETTE GLANDE JOUE NÉANMOINS UN RÔLE IMPORTANT DANS L'ÉTIOLOGIE DES TROUBLES DITS DE L'ÂGE CRITIQUE : TROUBLES VASO-MOTEURS, INSTABILITÉ NEUROVÉGÉTATIVE DE LA MÉNOPAUSE SONT CONSIDÉRÉS COMME L'EXPRESSION D'UN DYSFONCTIONNEMENT HYPOPHYSO-DIENCÉPHALIQUE.

ON OBSERVE UNE AUGMENTATION DE L'ÉLIMINATION DES HORMONES GONADOTROPES : ELLES-MÊME SECONDAIRES À LA MISE EN REPOS DES GONADES ET QUE NOUS ALLONS ENVISAGER MAINTENANT AVEC LE PHÉNOMÈNE SI IMPORTANT DE LA MÉNOPAUSE.

AU NIVEAU DES GLANDES GÉNITALES

ON ASSISTE À UNE INVOLUTION DES GLANDES, PRIMITIVE (ET NON SECONDAIRE À UNE ABSENCE DE STIMULATION HYPOPHYSAIRE).

D'UN POINT DE VUE ENDOCRINOLOGIQUE LA FONCTION OVARIENNE DIMINUE :

IL EN RÉSULTE UN ARRÊT DE L'OVULATION ET UNE DIMINUTION DE LA PRODUCTION D'OESTROGÈNES PAR LE FOLLICULE.

L'UTÉRUS NE REÇOIT PLUS LA QUANTITÉ D'HORMONE SUFFISANTE POUR DÉCLENCHER LES MENSTRUATIONS, QUI CESSENT.

CE PHÉNOMÈNE D'ARRÊT DES RÈGLES PAR ÉPUISEMENT DE L'ACTIVITÉ OESTROGÉNIQUE EST ENCORE APPELÉ LA MÉNOPAUSE.

L'ÂGE EN EST GÉNÉRALEMENT FIXÉ À 45 - 55 ANS ; ELLE S'ÉCHELONNE SUR DE NOMBREUSES ANNÉES PENDANT LESQUELLES ON VOIT SUCCESSIVEMENT DISPARAITRE LE CYCLE OVARIEN, PUIS LES MENSTRUATIONS, ET ENFIN LES SÉCRÉTIONS OESTROGÉNIQUES.

ON PEUT LA SUIVRE PAR 2 MÉTHODES BIOLOGIQUES :

- LE DOSAGE DES HORMONES DANS LES URINES
- ET L'ÉTUDE DES FROTTIS VAGINAUX.

ELLE ENTRAÎNE DES MODIFICATIONS DE L'UTÉRUS, DE LA PAROI VAGINALE, DES GRANDES LÈVRES, QUI S'ATROPHIENT EN MÊME TEMPS QU'ON ASSISTE À UNE RÉGRESSION DES CARACTÈRES SEXUELS SECONDAIRES.

DE PLUS LE MANQUE D'OESTROGÈNES PROVOQUE UNE AUGMENTATION DE L'HORMONE FOLLICULO-STIMULANTE QUI PEUT-ÊTRE MESURÉE DANS L'URINE DES FEMMES AU MOMENT DE LA MÉNOPAUSE (AUGMENTATION POSSIBLE DE 50 JUSQU'À 500 UNITÉS SOURIS PAR 24 HEURES).

IL S'EN SUIT UN DÉSÉQUILIBRE DE LA BALANCE OESTROGÈNE-HORMONE-FOLLICULO-STIMULANTE ENTRAÎNANT DES TROUBLES VASO-MOTEURS VARIÉS ENCORE CONNUS SOUS LE NOM DE TROUBLES SUBJECTIFS DE LA MÉNOPAUSE : NERVOSITÉ, DOUFFÉES DE CHALEUR, FATIGABILITÉ, IRRITABILITÉ, TRISTESSE, PALPITATIONS, VERTIGES, CÉPHALÉES, SURTOUT OCCIPITALES, DOULEURS VAGUES ET

MAL DÉFINIES ETC...

CES TROUBLES RÉPONDENT DANS UNE LARGE MESURE À LA THÉRAPEUTIQUE OESTROGÉNIQUE SUBSTITUTIVE.

LES RAPPORTS DE LA MÉLANCOLIE AVEC LA MÉNOPAUSE

IL EST UN FAIT QUE CHRONOLOGIQUEMENT AU MOINS, LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION SE SITUE AUX ALENTOURS DE LA PÉRIODE MÉNOPAUSIQUE, QUE CE SOIT AVANT L'ARRÊT DÉFINITIF DES RÈGLES, OU APRÈS (3 À 7 ANS PLUS TARD POUR KIELHOLZ) SELON LES AUTEURS.

MAIS IL IMPORTE DE SAVOIR SI LE RÔLE DE LA MÉNOPAUSE EST DÉTERMINANT OU PAS.

POUR CAPGRAS "LA MÉLANCOLIE N'EST QUE LE REFLET MENTAL DES PROCESSUS D'INVOLUTION SÉNILE. LES PREMIERS EN DATE SONT LES LÉSIONS D'ATROPHIE ET DE DÉGÉNÉRESCENCE QUI SE DÉVELOPPENT DANS LES ORGANES GÉNITAUX ET PRODUISENT AVEC LA DISPARITION D'UNE FONCTION UN TROUBLE PROFOND DE LA CÉNESTHÉSIE (MÉLANCOLIE DE LA MÉNOPAUSE)...

ELLE EST INTIMEMENT LIÉE À UNE MODIFICATION ORGANIQUE QUI L'EXPLIQUE ET LUI PERMET DE CONSERVER SON RANG D'ENTITÉ MORDIDE".

LA PLUPART DES PSYCHIATRES CEPENDANT ONT TENDANCE À REJETER LE CARACTÈRE IMMÉDIAT DE LA MÉNOPAUSE COMME UNE CAUSE FRÉQUENTE OU SUFFISANTE.

ILS S'APPUIENT EN CECI, SUR L'INEFFICACITÉ HABITUELLE DES TRAITEMENTS OESTROGÉNIQUES DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION (CECI MALGRÉ L'OPINION DE QUELQUES UNS : (HAWKINSON 1938) QUI TRAITANT LES MALADES AVEC DES OESTROGÈNES À FORTES DOSES PRÉTENDIRENT OBTENIR DES RÉSULTATS FAVORABLES ET S'APPUYÈRENT SUR CE FAIT POUR LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AUX SEULES MODIFICATIONS ENDOCRINIENNES).

CEPENDANT MALAMUD, STENDSTEDT, FONT ÉTAT D'UN CERTAIN POURCENTAGE DE CAS EN RAPPORT DIRECT AVEC L'ARRÊT DES RÈGLES.

CE QUI CONSTITUERAIT UN FACTEUR DE BON PRONOSTIC : LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION GUÉRISANT ALORS EN RÈGLE DE FAÇON DÉFINITIVE.

RARES SONT LES TRAVAUX VRAIMENT SCIENTIFIQUES EN LA MATIÈRE.

CITONS CEUX DE HEMPHILL ET REISS (1940) QUI CONCLUENT DE LEURS INVESTIGATIONS SUR LA SIGNIFICATION DES FACTEURS ENDOCRINIENS RECHERCHÉE DANS 30 CAS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION :

"IL FUT DÉMONTRÉ QUE DES SIGNES DE DYSFONCTIONNEMENT OVARIEN, THYROIDIEN ET CORTICO SURRÉNAL ÉTAIENT PRÉSENTS À DES DEGRÉS DIVERS CHEZ LES DIFFÉRENTS INDIVIDUS. L'EXCRÉTION DES PROLANS AVANT ET APRÈS TRAITEMENT A ÉTÉ ESTIMÉE. LES SÉCRÉTIONS VAGINALES ONT ÉTÉ EXAMINÉES. LA RÉPONSE D'UN CERTAIN NOMBRE DE MALADES À L'HORMONE FOLLICULINIQUE, LUTEALE ET

CORTICOTROPHIQUE FUT TESTÉE. L'OPINION EST FAITE QUE DES TROUBLES DE L'ACTIVITÉ DU LOBE ANTÉRIEUR DE L'HYPOPHYSE SONT LARGEMENT RESPONSABLES DES CARACTÉRISTIQUES VARIABLES DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION".

RÉSULTATS PERSONNELS

EN CE QUI CONCERNE LES RAPPORTS DE L'ACCÈS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AYANT ENTRAÎNÉ L'HOSPITALISATION À STE ANNE, AVEC LA MÉNOPAUSE,

1°/ DANS LE GROUPE A (86 MALADES)

- AGE MOYEN DE LA MÉNOPAUSE : 50 ANS

- RAPPORTS DE L'ACCÈS DÉPRESSIF AVEC LA MÉNOPAUSE

A) AUCUN RAPPORT AVEC LA MÉNOPAUSE (MÉNOPAUSE ACHÉVÉE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES)	19 CAS	25 CAS
B) MALADES NON MÉNOPAUSÉES (RÉGLÉES RÉGULIÈREMENT)	6 CAS	
C) MÉNOPAUSE EN COURS (IRRÉGULARITÉS MENSTRUELLES)	11 CAS	47 CAS
D) RAPPORT DIRECT AVEC LA MÉNOPAUSE (ARRÊT DES RÈGLES SURVENU QUELQUES MOIS AVANT OU APRÈS L'ACCÈS DÉPRESSIF)	17 CAS	
E) SIMPLE RELATION AVEC LA MÉNOPAUSE (ARRÊT DES RÈGLES SURVENU 2 ANS AVANT OU APRÈS L'ACCÈS DÉPRESSIF)	19 CAS	
F) AUCUNE PRÉCISION SUR L'ÉTAT DES RÈGLES AU MOMENT DE LA DÉPRESSION	10 CAS	14 CAS
G) MÉNOPAUSE ACHÉVÉE, MAIS DONT LA DATE N'A PAS ÉTÉ PRÉCISÉE	4 CAS	

2°/ DANS LE GROUPE B (11 MALADES)

- AGE MOYEN DE LA MÉNOPAUSE : 47 ANS

- RAPPORTS DE L'ACCÈS DÉPRESSIF AVEC LA MÉNOPAUSE

A) AUCUN RAPPORT AVEC LA MÉNOPAUSE	4 CAS	4 CAS
B) RAPPORT DIRECT AVEC LA MÉNOPAUSE	2 CAS	
C) SIMPLE RELATION AVEC LA MÉNOPAUSE	4 CAS	6 CAS
F) NON PRÉCISÉ	1 CAS	

3°/ DANS LE GROUPE C (19 MALADES)

- AGE MOYEN DE LA MÉNOPAUSE : 50 ANS

- RAPPORTS DE L'ACCÈS DÉPRESSIF AVEC LA MÉNOPAUSE

A) AUCUN RAPPORT AVEC LA MÉNOPAUSE	6 CAS	7 CAS
B) MALADES NON MÉNOPAUSÉES	1 CAS	
C) MÉNOPAUSE EN COURS	3 CAS	12 CAS
D) RAPPORT DIRECT AVEC LA MÉNOPAUSE	4 CAS	
E) SIMPLE RELATION AVEC LA MÉNOPAUSE	5 CAS	

EN CONCLUSION

LES RÉSULTATS SONT TRÈS COMPARABLES À TRAVERS LES 3 GROUPES À SAVOIR QUE :

- DANS 1/3 DES CAS ENVIRON IL N'EXISTE AUCUN RAPPORT (DANS LE TEMPS) ENTRE ACCÈS DÉPRESSIF ET MÉNOPAUSE.
- DANS UN PEU PLUS DE LA MOITIÉ DES CAS D'ACCÈS DÉPRESSIF EST EN RELATION (DANS LE TEMPS) AVEC LA MÉNOPAUSE ; RELATION PLUS OU MOINS ÉTROITE.)

ET C'EST SEULEMENT DANS ENVIRON 20 % DES CAS QUE DÉPRESSION ET ARRÊT DES RÈGLES SURVIENNENT AU MÊME MOMENT.

MAIS L'OPINION DE CERTAINS AUTEURS SELON LAQUELLE IL S'AGIRAIT TOUJOURS ALORS D'UN ACCÈS DÉPRESSIF UNIQUE EST LOIN D'ÊTRE TOUJOURS VÉRIFIÉE.

DANS LE GROUPE A L'ACCÈS FUT UNIQUE DANS 6 CAS SUR 17

DANS LE GROUPE B L'ACCÈS FUT UNIQUE DANS 1 CAS SUR 2

DANS LE GROUPE C L'ACCÈS FUT UNIQUE DANS 2 CAS SUR 4

SIGNALONS ENFIN AU CHAPITRE MÉNOPAUSE QUE NOUS AVONS ÉTÉ FRAPPÉS PAR LA FRÉQUENCE DES FEMMES AYANT SUIVI UNE HYSTÉRECTOMIE (AVEC OU SANS CASTRATION CHIRURGICALE CE QUI N'EST PAS TOUJOURS PRÉCISÉ.) DANS NOTRE STATISTIQUE.

AU MOMENT DE L'ACCÈS DÉPRESSIF :

- DANS LE GROUPE A : 15 MALADES AVAIENT ÉTÉ HYSTÉRECTOMISÉES DEPUIS PLUS OU MOINS LONGTEMPS (+ 1 AVAIT UN FIBROME CONNU, NON OPÉRÉ).
- DANS LE GROUPE B : 2 MALADES AVAIENT ÉTÉ HYSTÉRECTOMISÉES
- DANS LE GROUPE C : 1 MALADE AVAIT ÉTÉ HYSTÉRECTOMISÉE (+ 2 AVAIENT UN FIBROME CONNU NON OPÉRÉ).

AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN 1963

3 NOUVELLES MALADES AVAIENT ÉTÉ HYSTÉRECTOMISÉES.

CE QUI PORTE À 21 CAS SUR 116 LE NOMBRE DE FEMMES HYSTÉRECTOMISÉES. CE POURCENTAGE DE 20 % EST SANS DOUTE SOUS ESTIMÉ DU FAIT DE L'ABSENCE DE TOUT RENSEIGNEMENT AYANT TRAIT À LA VIE GÉNITALE DE NOS MALADES DANS CERTAINS CAS.

IL NOUS PARAÎT SUPÉRIEUR À CELUI RENCONTRÉ DANS UNE POPULATION DE 116 FEMMES DU MÊME ÂGES CHOISIES AU HASARD.

AJOUTONS ICI QUE NOUS AVONS ESSAYÉ DE PRÉCISER DANS CHAQUE CAS S'IL EXISTAIT OU NON D'IMPORTANTS TROUBLES SUBJECTIFS DE LA MÉNOPAUSE. SI LA LIBIDO ÉTAIT MODIFIÉE OU NON. MAIS NOS RÉSULTATS DANS CE DOMAINE SONT TROP PEU NOMBREUX ET TROP DISPERSÉS POUR ÊTRE RAPPORTÉS ICI.

QUEL RÔLE FAUT-IL ATTRIBUER À CES PHÉNOMÈNES DE SÉNESCENCE DANS LE DÉTERMINISME DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ?

SI LES MODIFICATIONS DE LA CELLULE ET DU MÉTABOLISME DU CERVEAU DUES AU VIEILLISSEMENT (SI TANT EST QU'ELLES EXISTENT ET QU'ELLES NE SONT PAS LIÉES À DES PROCESSUS PATHOLOGIQUES VASCULAIRES OU DE DÉGÉNÉRESCENCE) N'EXPLIQUENT PAS L'APPARITION DES TROUBLES MENTAUX DE L'ÂGE CRITIQUE.

SI L'INVOLUTION DES GLANDES ENDOCRINES (DES GLANDES GÉNITALES EN PARTICULIER) NE PEUT PAS PLUS ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME LA CAUSE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

NOUS AVONS VU CEPENDANT QUE LE PROCESSUS DE BAISSE TRÈS PROGRESSIVE DE L'ACTIVITÉ OESTROGÉNIQUE QUI ABOUTIRA À L'ARRÊT DES RÈGLES S'ACCOMPAGNE CHEZ LA FEMME D'UN PROFOND REMANIEMENT QUI LUI A VALU LE NOM BIEN MÉRITÉ D'ÂGE CRITIQUE.

REMANIEMENT MORPHOLOGIQUE, PSYCHOLOGIQUE QUI TROUVE SA CAUSE DANS LES MODIFICATIONS DES SÉCRÉTIONS HORMONALES, NON SEULEMENT AU NIVEAU DE L'OVAIRE, MAIS ÉGALEMENT AU NIVEAU DE L'HYPOPHYSE.

CES DOULEVERSEMENTS RESENTIS AU NIVEAU DU SYSTÈME DIENCÉPHALO-HYPHYSAIRE NE PEUVENT PAS ÊTRE NÉGLIGÉS DEPUIS QUE L'ON SAIT QU'À LA BASE DU CERVEAU, DANS LA RÉGION DIENCÉPHALIQUE PRÉCISÉMENT, SIÈGENT LES CENTRES RÉGULATEURS DE L'HUMEUR.

CÉDONS LA PAROLE À DIGO (1947) ÉLÈVE DE M. J. DELAY QUI AFFIRME : "LA MÉLANCOLIE NOUS APPARAÎT NON PAS COMME UNE ENTITÉ DÉTERMINÉE MAIS COMME UN ÉTAT PATHOLOGIQUE POUVANT ÊTRE RÉALISÉ PAR DES CAUSES TRÈS DIVERSES, MAIS DONT L'UNITÉ PATHOGÉNIQUE EST ASSURÉ PAR LEUR POINT D'ATTAQUE COMMUN À LA BASE DU CERVEAU.

L'ÉTAT MÉLANCOLIQUE CONSTITUE EN EFFET UN MODE DE RÉACTION MORDIDE DONT LA NATURE PROFONDE EST ESSENTIELLEMENT AFFECTIVE ET QUI EST CONSÉCUTIF À UNE MODIFICATION, SOIT LÉSIONNELLE, SOIT FONCTIONNELLE, DE LA RÉGION DIENCÉPHALIQUE...

LES MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES AU NIVEAU DU DIENCÉPHALE PEUVENT ÊTRE

ACQUISES (ARTÉRIOSCLÉROSE, ENCÉPHALITE, SYPHILIS, TROUBLES ENDOCRINIENS, TROUBLES MÉTABOLIQUES) OU CONGÉNITALES (PAR EXEMPLE SOUS LA FORME D'UN RYTHME BIOLOGIQUE MORDIDE INSCRIT DANS LA STRUCTURE ORGANIQUE, TEL QUE LE RÉALISE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE).

LES FAITS CLINIQUES, SOUS LEUR DOUBLE ASPECT SÉMÉIOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIQUE, LES DONNÉES EXPÉRIMENTALES AVEC LES ACQUISITIONS RÉCENTES DE LA NEUROCHIRURGIE ET DE L'ÉLECTROCHOC, CONSTITUENT UNE SÉRIE D'ARGUMENTS APPORTANT LA PREUVE DE LA PARTICIPATION DIENCÉPHALIQUE DANS LA GÉNÈSE DE L'ÉTAT MÉLANCOLIQUE".

DANS LE CAS QUI NOUS INTÉRESSE LES PROCESSUS DE SÉNESCENCE, LA MÉNOPAUSE, SONT RESPONSABLES DE MODIFICATIONS MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENNES AU NIVEAU DU DIENCÉPHALE.

(ON COMPREND DE CE FAIT LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC L'ARTÉRIO SCLÉROSE QUI AGISSANT AU MÊME POINT, PEUT ENTRAÎNER UN ÉTAT TRÈS VOISIN. OR L'ON SAIT COMBIEN L'ARTÉRIOSCLÉROSE DEVIENT FRÉQUENTE À CES ÂGES).

CEPENDANT IL NE FAUT PAS VOIR DANS CES SEULS PROCESSUS LA CAUSE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

EN EFFET LE MÊME AUTEUR AJOUTAIT :

"À CETTE ACTION DIRECTE D'ANIMATION ET D'ACTIVATION DU DIENCÉPHALE, ON DOIT AJOUTER LE RÔLE CORRECTIF JOUÉ PAR LE CORTEX QUI TIEN SOUS SA TUTELLE VIGILANTE LES CENTRES INFÉRIEURS EN MODELANT LA QUALITÉ DE SA RÉACTION. D'APRÈS LE SENS DES INFORMATIONS FOURNIES PAR LE DIENCÉPHALE. DANS CERTAINES CONDITIONS CE CONTRÔLE CORTICAL DEVIENT INSUFFISANT :

- IL PEUT ÊTRE DÉDORDÉ PAR L'INTENSITÉ DES INCITATIONS VENUES DU DIENCÉPHALE ET EN PARTICULIER DE L'HYPERTHERMIE DOULOUREUSE ET ANXIEUSE.
- IL PEUT ÊTRE LUI-MÊME DÉFICITAIRE SOIT PAR DES LÉSIONS DESTRUCTIVES PLUS OU MOINS ÉTENDUES (PAR EXEMPLE LACUNAIRES, PSEUDO-BULBAIRES) SOIT PAR UN PROCESSUS FONCTIONNEL (PAR EXEMPLE ÉTATS ÉMOTIONNELS ET RÉACTIONNELS).

NOUS AVONS ÉLIMINÉ DANS LES CAS PURS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, LA POSSIBILITÉ DE LÉSIONS DESTRUCTIVES DU SYSTÈME NERVEUX PUISQUE NOUS AVONS VU À QUEL POINT LES REMANIEMENTS DU TISSU CÉRÉBRAL PROPRES À LA SÉNESCENCE ÉTAIENT MINIMES, ET MÊME CONTESTABLES POUR LA PLUPART. IL NOUS RESTE MAINTENANT À DISCUTER LE RÔLE POSSIBLE DE L'ÉMOTION, TANT SUR LE CORTEX QUE SUR LE DIENCÉPHALE D'AILLEURS.

EN EFFET LES FACTEURS MÉTABOLIQUES ET HORMONAUX DE LA SÉNESCENCE NE SUFFISENT PAS À EUX SEULS, À EXPLIQUER LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. CAR ILS SONT COMMUNS À TOUS LES SUJETS : OR LES ÉTATS DÉPRESSIFS EUX RESTENT L'EXCEPTION.

POURQUOI CERTAINES FEMMES FONT-ELLES UN ÉTAT DÉPRESSIF PLUTÔT QUE D'AUTRES ?

NOUS DEVONS LÀ, FAIRE INTERVENIR DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES.

II- RÔLE DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

LA SÉNESCENCE, ET PLUS PARTICULIÈREMENT LA PÉRIODE DE LA MÉNOPAUSE CHEZ LA FEMME, MÉRITE BIEN SON NOM D'ÂGE CRITIQUE : CECI NON SEULEMENT POUR DES RAISONS PHYSIQUES ET BIOLOGIQUES, MAIS ENCORE SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE.

INDÉPENDAMMENT DES DIFFÉRENTS TRAUMATISMES QUI PEUVENT VENIR DÉCLENCHER L'ACCÈS DÉPRESSIF ET QUE NOUS AVONS DÉJÀ ENVISAGÉS, LA FEMME TRAVERSE LÀ UNE PÉRIODE DIFFICILE QUI VA LA CONDUIRE À UN ÉTAT DE MOINDRE RÉSTANCE. L'INFLUENCE DE L'ÂGE CRITIQUE DE LA FEMME SUR L'APPARITION D'UNE MÉLANCOLIE EST CONNUE DEPUIS HIPPOCRATE.

ESQUIROL, DANS SON TRAITÉ DES MALADIES MENTALES (PARIS 1838) S'EXPRIMAIT AINSI :

"C'EST VERS LA FIN DE CETTE ÉPOQUE QUE LES ORAGES DE LA SESSATION MENSUELLE, L'ABANDON DU MONDE ET DE SES PLAISIRS, EXPOSENT LA FEMME À MILLE MAUX DIVERS, À LA MÉLANCOLIE, PARTICULIÈREMENT CELLES QUI ONT FAIT DU MONDE DE LA COQUETTERIE L'UNIQUE OCCUPATION DE LEUR VIE FRIVOLE".

HALBERSTADT (1934) AVAIT DÉJÀ MIS L'ACCENT SUR L'IMPORTANCE DES CAUSES EXOGÈNES DANS LE DÉCLENCHEMENT DES PSYCHOSES MÉLANCOLIQUES ET

"SURTOUT SUR L'ENSEMBLE DES SENTIMENTS QUI ACCOMPAGNE LA CERTITUDE DE VIEILLISSEMENT ; MODIFICATIONS SEXUELLES, SOCIALES, INCERTITUDES".

CET ÂGE CRITIQUE EST EN EFFET UNE PÉRIODE DE REGRETS :

"L'ESPRIT EST OCCUPÉ PAR CE QUI AURAIT PÛ ÊTRE," AVEC RETOURS SUR LE PASSÉ, RUMINATIONS, EN MÊME TEMPS QU'INCERTITUDE, INSÉCURITÉ, ANXIÉTÉ CONCERNANT L'AVENIR.

CERTAINS FACTEURS SEMBLANT JOUER UN RÔLE TOUT À FAIT IMPORTANT ;

1/ LA PERTE DE LA FERTILITÉ

2/ LA PERTE PROGRESSIVE DE L'ATTRAIT PHYSIQUE

3/ LA RÉDUCTION DES GRATIFICATIONS, LA RÉDUCTION DES FONCTIONS D'AUTORITÉ ET DE COMMANDEMENT (AVEC MISE À LA RETRAITE ÉVENTUELLE).

4/ LE DYSFONCTIONNEMENT DES DIFFÉRENTS ORGANES

5/ L'ADAPTATION NÉCESSAIRE A UNE SITUATION DE DÉPENDANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE, OU DE RESTRICTION FINANCIÈRES.

CES FACTEURS NE SONT PAS ÉGALEMENT IMPORTANTS POUR TOUS :

EN GÉNÉRAL POUR UN INDIVIDU, L'IMPORTANCE DE TEL OU TEL FACTEUR DÉPEND DE LA SIGNIFICATION QU'IL LUI AVAIT DONNÉE AUTREFOIS, ET DE L'ATTACHEMENT QU'IL LUI PORTAIT.

UNE RÉORGANISATION DE L'INDIVIDU ET DE SES CONDUITES EST DONC NÉCESSAIRE. OR D'UNE PART CECI S'AVÈRE D'AUTANT PLUS DIFFICILE QUE LE SUJET D'UN ÂGE AVANCÉ A PERDU LA FACULTÉ D'ADAPTATION À DES SITUATIONS IMPRÉVUS QU'IL POSSÉDAIT AUTREFOIS :

BOURDON (1939) DANS SON ARTICLE SUR L'INVOLUTION MENTALE VOIT COMME PREMIER SIGNE DE CELLE-CI LA DIMINUTION DE LA CAPACITÉ D'EFFORT QU'IL CONSIDÈRE SOUS 2 ASPECTS :

1/ PERTE DE LA SPONTANÉITÉ DE L'EFFORT ACTIF :

"L'INVOLUTION EST LA PÉRIODE DU RENONCEMENT, DE L'ABDICTION, DE LA RÉSIGNATION, DU DÉSABUSEMENT. TOUT CE QUI NÉCESSITE UN EFFORT EST JUGÉ EXCESSIF."

2/ INCAPACITÉ DE SE CONTENIR AVEC CONTRÔLE MOINDRE DES RÉACTIONS AFFECTIVES ET SENTIMENTALES.

POUR TOUTES CES RAISONS DONC : NÉCESSITÉ D'EFFORTS À FOURNIR, INCAPACITÉ D'Y FAIRE FACE, DÉCEPTIONS, TRAUMATISMES AFFECTIFS ACCUMULÉS, L'ÂGE CRITIQUE EST UNE PÉRIODE GÉNÉRALEMENT VÉCUE DANS L'ANXIÉTÉ ET DANS LA MAJORITÉ DES CAS, OUTRE LE SYNDROME NEURO-VÉGÉTATIF, LA MÉNOPAUSE VA ENTRAÎNER UN SYNDROME PSYCHOLOGIQUE FAIT DE SUSCEPTIBILITÉ AGRESSIVE, D'INSTABILITÉ CARACTÉRIELLE, D'EXALTATION ÉMOTIONNELLE ET IMAGINATIVE OU AU CONTRAIRE D'ASTHÉNIE, AVEC INDIFFÉRENCE À L'ÉGARD D'AUTRUI, TENDANCE À L'ISOLEMENT.

ET BIEN SOUVENT DÈS CE STADE APPARAISSENT LES CRAINTES HYPOCONDRIQUES.

LA PLUPART DES AUTEURS INSISTENT SUR LE FAIT QUE DÈS LORS LE DÉCLENCHEMENT D'UN ACCÈS MÉLANCOLIQUE DEVIENT PRÉVISIBILE ET QU'À CE STADE IL EST PEUT-ÊTRE ENCORE POSSIBLE DE PRÉVENIR LES TROUBLES MAJEURS. EN EFFET SELON PALMER ET SHEEMAN : "LE PROCESSUS INVOLUTIF TEND À SE CRISTALLISER À LA DERNIÈRE MINUTE SOUS L'EFFET D'UN TRAUMATISME ADDITIONNEL (GÉNÉRALEMENT DE NATURE PSYCHIQUE).

QUITTONS MAINTENANT LE DOMAINE TRÈS GÉNÉRAL DES RÉACTIONS À LA MÉNOPAUSE, POUR EN REVENIR À CELUI QUI NOUS INTÉRESSE, DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. NOUS NE DISCUTERONS PAS LE FAIT ADMIS DE TOUTS QUE LES SUJETS PARTICULIÈREMENT SUSCEPTIBLES DE FAIRE UNE TELLE MALADIE SONT DES SUJETS À LA PERSONNALITÉ ANTÉRIEURE FRAGILE QUEL QUE SOIT SON TYPE (ANANKASTIQUE, PSYCHASTHÉNIQUE), AYANT ÉVITÉ DES ACCIDENTS PSYCHIATRIQUES PRÉALABLES AU PRIX DE MÉCANISMES DE DÉFENSE ET DE COMPENSATION QUI DEVIENNENT IMPOSSIBLES À SOUTENIR AU MOMENT DE LA PÉRIODE CRITIQUE.

À PROPOS DE LA DÉCOMPENSATION DU CARACTÈRE ANAL EN PARTICULIER J.BARNETT ET D.PUSHMAN ÉCRIVENT :

"JUSQU'À LA CASSURE, L'INDIVIDU A ÉTÉ CAPABLE DE REMPLIR AVEC SUCCÈS LES DEMANDES DE SON SUR-MOI EN CE QUI CONCERNE SES BESOINS DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES. IL S'EST ADAPTÉ À UN NIVEAU COMPULSIF SPÉCIFIQUE. PENDANT LA PÉRIODE INVOLUTIVE DES RÉAJUSTEMENTS DEVIENNENT NÉCESSAIRES : LA STRUCTURE DE SON CARACTÈRE RÉCLAME QU'IL AGISSE ET SE COMPORTE D'UNE MANIÈRE QUI N'EST PLUS PHYSIQUEMENT POSSIBLE POUR LUI. L'ÉCONOMIE DU CARACTÈRE COMPULSIF EST PRÉCAIRE : LA PERCEPTION D'UN CHANGEMENT DE NATURE SUBTILE POURRA ÊTRE LE FACTEUR PRÉCIPITANT DE LA DÉCOMPENSATION."

DE TELS AUTEURS VOIENT DANS CE PHÉNOMÈNE LA RAISON SUFFISANTE AU DÉCLENCHEMENT DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ET ILS AJOUTENT :

"LE TERME DESCRIPTIF D'INVOLUTIF EST IMPROPRE EN CE QU'IL IMPLIQUE UNE RELATION CAUSALE ENTRE LE SYNDROME CLINIQUE ET L'INVOLUTION PHYSIOLOGIQUE : OR LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION PEUT-ÊTRE VUE AVANT L'INVOLUTION PHYSIOLOGIQUE AUSSI BIEN QUE LONGTEMPS APRÈS".

SANS DONNER D'EXEMPLE AUSSI PRÉCIS KIELHOLZ EST D'UN AVIS VOISIN QUI CONSIDÈRE QUE :

"CELLES-CI (LES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION) SONT ESSENTIELLEMENT PROVOQUÉES PAR DES PROCESSUS PSYCHOGÈNES...".

AINSI CERTAINS AUTEURS FONT JOUER AUX FACTEURS PSYCHIQUES (TRAUMATISMES AFFECTIFS) LE RÔLE ESSENTIEL DANS LE DÉTERMINISME D'UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

QUAND IL Y A LIEU 1 TRAUMATISME GRAVE ON POURRAIT L'ADMETTRE : MAIS BIEN SOUVENT IL S'AGIT D'UN TRAUMATISME MINIME, OU DE MICROTRAUMATISMES RÉPÉTÉS.

AILLEURS ENFIN LE TRAUMATISME CAUSAL PASSE TOTALEMENT INAPERÇU AUX YEUX DE L'OBSERVATEUR.

CETTE DERNIÈRE OBJECTION N'EST PLUS VALABLE MAINTENANT QUE L'ON A VU QUE

CE TRAUMATISME SURVIENT SUR UNE PERSONNALITÉ FRAGILE, À UNE ÉPOQUE DE MOINDRE RÉSISTANCE QU'EST L'ÂGE CRITIQUE.

DÈS LORS L'EXPLICATION QUE DONNE M. LE PROFESSEUR J. DELAY DE LA MÉLANCOLIE RÉACTIONNELLE DEVIENT APPLICABLE ICI :

"IL PARAÎT BEAUCOUP PLUS VRAISSEMBLABLE DE RECONNAÎTRE À L'ÉVÈNEMENT LE RÔLE D'UN FACTEUR OCCASIONNEL, VOIRE D'UN FACTEUR DÉCLENCHANT DANS LE DÉTERMINISME DE L'ACCÈS SUR UN TERRAIN PRÉDISPOSÉ.

MAIS L'ÉVÈNEMENT N'INTERVIENT DANS LA GÉNÈSE DE LA MÉLANCOLIE QUE DANS LA MESURE OU IL A ENGENDRÉ UN CHOC ÉMOTIONNEL PROLONGÉ OU RÉPÉTÉ, BRUTAL OU PROGRESSIF. OR RIEN N'EST PLUS BIOLOGIQUE QUE L'ÉMOTION. IL EST CLAIR QUE LE CHOC ÉMOTIF EST UN CHOC BIOLOGIQUE ET DONT LES MANIFESTATIONS NEURO-VÉGÉTATIVES TÉMOIGNENT D'UNE ALTÉRATION DES CENTRES DIENCÉPHALIQUES... C'EST À NOTRE AVIS PAR L'INTERMÉDIAIRE DE CETTE ACTION DIENCÉPHALIQUE GÉNÉRATRICE DU TROUBLE THYMIQUE FONDAMENTAL QUE SE PRODUIT LA MÉLANCOLIE RÉACTIONNELLE..."

EN CONCLUSION

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES À EUX SEULS : TRAUMATISMES RÉPÉTÉS, DÉCEPTIONS ACCUMULÉES, INCERTITUDE DE L'AVENIR, PEUR DE LA MORT, SUFFIRAIENT PAR LES ÉMOTIONS QU'ILS SOULÈVENT À PROVOQUER UN ÉTAT MÉLANCOLIQUE PAR L'INTERMÉDIAIRE DU DIENCÉPHALE AINSI EXCITÉ DE FAÇON PRESQUE CONTINUELLE. PARFOIS MÊME UNE CAUSE MAJEURE PAR SON INTENSITÉ OU SA SOUBAINETÉ, SEMBLE ÊTRE À L'ORIGINE DE L'APPARITION DES TROUBLES.

MAIS LE PLUS SOUVENT ELLE MÊME SE SITUE À LA SUITE D'UNE LONGUE SÉRIE DE PHÉNOMÈNES ÉMOTIONNELS DOULOUREUX DONT LES CONSÉQUENCES PSYCHIQUES ÉTAIENT JUSQUE LÀ RESTÉES INAPPARENTES.

ENFIN IL NE FAUT PAS OUBLIER QUE LES SUJETS SOUMIS À CES TRAUMATISMES SONT DES SUJETS PRÉDISPOSÉS, À LA PERSONNALITÉ ANTÉRIEURE DÉVIANTE, FRAGILE, (QUE L'ON PARLE DE PSYCHOPATHIE OU DE NÉVROSE DE CARACTÈRE SELON LA TERMINOLOGIE EMPLOYÉE) ET QUI VONT DE CE FAIT RÉAGIR AVEC PLUS DE FACILITÉ ET D'INTENSITÉ AUX AGRESSIONS AUXQUELLES ILS SONT SOUMIS.

III - UNE 3ÈME HYPOTHÈSE PATHOGÉNIQUE

LA PLUS VRAISSEMBLABLE À NOS YEUX, CONSISTERA À FAIRE ENTRER DANS LE DÉTERMINISME DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION À LA FOIS DES FACTEURS MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENS LIÉS À L'INSÉNESCE, ET LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES PROPRES À CETTE PÉRIODE.

SOUS L'INFLUENCE DES PREMIERS ON ASSISTERAIT À DE PROFONDS REMANIEMENTS DU COUPLE DIENCÉPHALO-HYPOPHYSAIRE.

DES STRESS ÉMOTIONNELS RÉPÉTÉS SURVENANT À LA MÊME ÉPOQUE VONT AVOIR LE MÊME POINT D'IMPACT.

L'ACCUMULATION DE CES STIMULATIONS D'ORIGINE DIVERSE AU NIVEAU DE LA BASE DU CERVEAU, VA AVOIR POUR EFFET DE DÉCLENCHER UN ÉTAT DE MÉLANCOLIE GRAVE QUI POURRA PARAÎTRE LIÉ SOIT À L'ARRÊT DES RÈGLES DANS CERTAINS CAS, SOIT À UN TRAUMATISME AFFECTIF SÉVÈRE DANS D'AUTRES CAS, MAIS QUI N'EN SERA PAS MOINS DÛ EN RÉALITÉ À L'INTERACTION ÉTROITE DE CES 2 ORDRES DE FACTEUR, LA CAUSE IMMÉDIATE DE L'ACCÈS VENANT AGIR À LA FAÇON D'UNE GOUTTE D'EAU FAISANT DÉBORDER UN VASE, MAIS N'AYANT PAS D'IMPORTANCE PROPRE.

SI L'ON SE REPORTE AU SCHÉMA FOURNI PAR DIGO DU DÉCLENCHEMENT D'UN ACCÈS MÉLANCOLIQUE, ON VOIT QUE DANS NOTRE CAS DIENCÉPHALE ET CORTEX SONT SOLlicitÉS DE TOUTES PARTS EN CE SENS, À LA PÉRIODE D'INVOLUTION :

- LE DIENCÉPHALE

QUI EST LE SIÈGE DE MODIFICATIONS MÉTABOLIQUES (ENZYMATIQUES TRÈS PROBABLEMENT) ET HUMORALES

ET QUI REÇOIT LES ÉMOTIONS IMPORTANTES OU RÉPÉTÉES DE CETTE PÉRIODE

- LE CORTEX

QUI JOUE HABITUELLEMENT UN RÔLE CORRECTIF VIS À VIS DES RÉACTIONS DIENCÉPHALIQUES

MAIS QUI EST ICI MIS HORS D'ACTION PAR UN PROCESSUS FONCTIONNEL (ÉMOTIONS, ANXIÉTÉ).

PAR CONTRE LES LÉSIONS DESTRUCTRICES DU CORTEX QUI PEUVENT ÊTRE ÉGALEMENT RESPONSABLES D'ÉTATS DÉPRESSIFS NE FONT PAS PARTIE DE NOTRE CADRE, ET JUSQU'À PLUS AMPLE INFORMATION LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES RENCONTRÉES DANS LE CERVEAU À LA PÉRIODE DU VIEILLISSEMENT SERONT NÉGLIGÉES DANS LA PATHOGÉNIE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION CAR LEUR EXISTENCE MÊME RESTE À PROUVER.

D'AILLEURS LA RÉVERSIBILITÉ DES ÉTATS DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION (APRÈS TRAITEMENT ADÉQUAT) DANS UN GRAND NOMBRE DE CAS VIENDRAIT TÉMOIGNER DU CARACTÈRE FONCTIONNEL ET NON PAS ORGANIQUE DE CE TROUBLE.

MAIS IL N'EST PAS EXCLUS QUE NOUS AYONS FAIT ENTRER DANS NOTRE STATISTIQUE UN CERTAIN NOMBRE DE MALADES DÉPRIMÉES POUR UNE TOUTE AUTRE CAUSE :

- PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE À DÉBUT TARDIF : MALADIE CONGÉNITALE DONT ON IGNORE LE SUBSTRATUM (ET QUI SERAIT PEUT-ÊTRE À L'ORIGINE DES RECHUTES

DÉPRESSIVES À LONG TERME).

- OU DÉPRESSIONS ORGANIQUES DE L'ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE, OÙ DES ÉTATS DÉGÉNÉRATIFS : TYPE DÉMENCE PRÉSÉNILE

CAR AU TOUT DÉBUT DE L'AFFECTION LA LÉSION PEUT PASSER INAPERÇUE ET ON CONNAÎT LA FRÉQUENCE AVEC LAQUELLE UN ÉTAT DÉPRESSIF OUVRE LA SCÈNE CLINIQUE DE CES MALADIES.

ICI L'ÉVOLUTION TRANCHERA LE DIAGNOSTIC AVEC PLUS DE CERTITUDE QUE DANS LE CAS PRÉCÉDENT, SE FAISANT VERS L'APPARITION DE SIGNES DÉMENTIELS ET DE SIGNES NEUROLOGIQUES.

PAR CONTRE LES RECHUTES DÉPRESSIVES RAPPROCHÉES ET MULTIPLIÉES, COMME ON EN A VU QUELQUES CAS, SONT TRÈS COMPRÉHENSIBLES DANS NOTRE PERSPECTIVE PATHOGÉNIQUE : ELLES SURVIENNENT ALORS QUE LES REMANIEMENTS MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENS SONTINUED D'ÉVOLUER, ET IL EST PROBABLE QU'ELLES DISPARAISSENT BRUSQUEMENT LE JOUR OÙ UN ÉQUILIBRE NOUVEAU EST ÉTABLI AU NIVEAU DES CENTRES DIENCÉPHALO-HYPOPHYSAIRES.

EN EFFET BIEN QUE LE VIEILLISSEMENT BIOLOGIQUE SOIT PROGRESSIF, LA MÉNOPAUSE DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE CHEZ LA FEMME COMME UNE PHASE CRITIQUE : APRÈS LES REMANIEMENTS PROFONDS QU'ELLE IMPLIQUE TOUT RENTRERA DANS L'ORDRE DANS UNE PERSPECTIVE NOUVELLE :

AINSI LES PHÉNOMÈNES NEURO-VÉGÉTATIFS QUI ACCOMPAGNENT LA MÉNOPAUSE DITE NORMALE DISPARAISSENT APRÈS QUELQUES ANNÉES.

CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE

AVANT DE TERMINER CE CHAPITRE DE PATHOGENIE, NOUS NOUS DEVONS DE RAPPORTER LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DES TRAVAUX PSYCHANALYTIQUES EN CE QUI CONCERNE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. MAIS D'EMBLÉE IL NOUS FAUT DIRE QUE CES TRAVAUX PSYCHANALYTIQUES SONT RARES, ET FENICHEL (1945) ADMET QU' "AU POINT DE VUE ANALYTIQUE ON NE CONNAIT RIEN DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION."

CECI TIENT À 2 FAITS DÉJÀ SOULIGNÉS PAR FREUD : À SAVOIR QUE D'UNE PART LES PSYCHOSES ET LA MÉLANCOLIE, À PEU PRÈS DÉNUÉS DE POUVOIR DE TRANSFERT NE RELÈVENT PAS DE L'ANALYSE, QUE D'AUTRE PART UN ÂGE TROP AVANCÉ (AU DELÀ DE 50 ANS) DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UNE CONTRINDICATION À LA PSYCHANALYSE.

CEPENDANT FREUD LE 1^{ER}, ET ABRAHAM SURTOUT SE SONT INTÉRESSÉS À LA QUESTION DE LA MÉLANCOLIE (DANS LE CADRE DE LA PSYCHOSE MANIACO DÉPRESSIVE). AVANT D'ABORDER LE PROBLÈME PARTICULIER DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, NOUS ALLONS BRIÈVEMENT PASSER EN REVUE L'INTERPRÉTATION QUE FREUD NOUS DONNE DE LA MÉLANCOLIE DANS UN ARTICLE FONDAMENTAL INTITULÉ DEUIL ET MÉLANCOLIE (1917) ET OÙ IL ÉTABLIT UN PARALLÈLE ENTRE L'ÉTAT DU DEUIL ET LE TABLEAU CLINIQUE GÉNÉRAL DE LA MÉLANCOLIE.

LA MÉLANCOLIE EST UNE PERTE OBJECTALE QUI ÉCHAPPE AU CONSCIENT (ALORS QUE LE DEUIL EST LA PERTE DE L'OBJET AIMÉ) FREUD RECONSTITUE AINSI LE PROCESSUS :

IL Y AVAIT EU CHOIX OBJECTAL, RATTACHEMENT DE LA LIBIDO À UNE CERTAINE PERSONNE, SOUS L'INFLUENCE D'UNE OFFENSE OU D'UNE DÉCEPTION VENANT DE LA PERSONNE AIMÉE, IL SE PRODUIT UN RELACHEMENT DE LA RELATION OBJECTALE, ET UN RETRAIT DE LA LIBIDO DE CET OBJET.

MAIS CETTE LIBIDO LOIN DE SE DÉPLACER SUR UN AUTRE OBJET SE RETIRE DANS LE MOI : IL Y A IDENTIFICATION DU MOI AVEC L'OBJET ABANDONNÉ, OU IDENTIFICATION NARCISSIQUE. LA HAINE S'ATTAQUE ALORS À CET OBJET SUBSTITUTIF ET LE SUJET TROUVE DANS CETTE SOUFFRANCE MÊME UNE SATISFACTION SADIQUE. (C'EST CE SADISME QUI PERMET D'EXPLIQUER LA TENDANCE AU SUICIDE).

AINSI LA MÉLANCOLIE EMPRUNTE UNE PARTIE DE SES CARACTÈRES AU DEUIL, L'AUTRE AU PROCESSUS DE LA RÉGRESSION À PARLER DU CHOIX NARCISSIQUE OBJECTAL JUSQU'AU NARCISSISME.

IL Y A POSSIBILITÉ POUR LE PROCESSUS DE S'ACHEVER ; LE DEUIL INCITE LE MOI

À RENONCER À L'OBJET EN DÉCLARANT QUE CE DERNIER EST MORT; L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE SE TERMINE SOIT APRÈS QUE LA COLÈRE S'EST DONNÉE LIBRE COURS, SOIT APRÈS QUE L'OBJET DÉNUÉ DE VALEUR AIT ÉTÉ ABANDONNÉ. AINSI LES 3 CONDITIONS FONDAMENTALES DE LA MÉLANCOLIE SONT POUR FREUD :

- LA PERTE DE L'OBJET
- L'AMBIGÜITÉ
- LA RÉGRESSION DE LA LIBIDO DANS LE MOI

ULTÉRIEUREMENT ADRAHAM ET M. LE DR. LAGACHE INSISTÈRENT SUR LE FAIT QUE CHEZ LE MÉLANCOLIQUE LES RELATIONS DE PERSONNE À PERSONNE SONT FORTEMENT MODIFIÉES :

- LE CHOIX AMOUREUX EST DE TYPE NARCISSIQUE
- LES PULSIONS ORALES SONT PRÉDOMINANTES
- L'AMOUR POUR L'AUTRE CONSISTE À LE DÉVORER, LA COMPOSANTE AGRESSIVE EST PARTICULIÈREMENT FORTE PUISQU'ELLE VISE À LA COMPLÈTE DESTRUCTION DE L'AUTRE

ON DIT QUE LES PULSIONS, L'ÉROTIQUE ET L'AGRESSIVE SONT INTRIKUÉES. CES CONSTATATIONS FAITES SUR LA MÉLANCOLIE ET ACTUELLEMENT CONNUES ET ADMISES PAR TOUS LES AUTEURS DE FORMATION ANALYTIQUE SONT-ELLES VALABLES DANS LE CAS DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION. F. L. L. L.

PERSONNE À VRAI DIRE N'A ESSAYÉ DE RAPPROCHER DES 2 PROBLÈMES.

LES TRAVAUX PSYCHANALYTIQUES SUR LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION RESTENT RARES : CITONS L'ÉTUDE PRINCEPS DE FERENCZI (1921) SUR LES PSYCHONÉVROSES D'INVOLUTION : À PROPOS DES CAS QU'IL EUT L'OCCASION D'Étudier DE FAÇON ANALYTIQUE, L'AUTEUR CONCLUT :

"TOUS ÉTAIENT DES PERSONNES QUI NE RÉUSSIRENT PAS À EFFECTUER DANS LA DISTRIBUTION DE LEUR LIBIDO LE CHANGEMENT QUI ACCOMPAGNE NORMALEMENT LE PROCESSUS INVOLUTIF, QU'ILS FURENT INCAPABLES DE S'ADAPTER À UNE NOUVELLE RÉPARTITION DE LEURS INTÉRÊTS LIBIDINEUX.

DEPUIS QUE LE PR. FREUD A ATTIRÉ MON ATTENTION SUR LE FAIT, JE SAIS QU'AVEC L'ÂGE : LES ÉMANATIONS DE LA LIBIDO TENDENT À ÊTRE RETIRÉES DES OBJETS D'AMOUR DE L'INDIVIDU, ET CES INTÉRÊTS LIBIDINEUX QUANTITATIVEMENT DIMINUÉS PAR AILLEURS, TENDENT À SE FIXER SUR LE PROPRE MOI. LES VIEUX REDEVIENT NARCISSIQUES COMME LES ENFANTS : NOMBRE DE LEURS INTÉRÊTS POUR LA FAMILLE ET LES CONCEPTIONS SOCIALES PÂLISSENT ET ILS PERDENT UNE BONNE PARTIE DE LEUR CAPACITÉ ANTÉRIEURE DE SUBLIMATION, TOUT PARTICULIÈREMENT DANS LA SPHÈRE DE LA HONTE ET DU DÉGOUT. ILS DEVIENNENT CYNIQUES, MÉCHANTS, ET ÉGOÏSTES : CE QUI REVIENT À DIRE QUE LEUR LIBIDO RÉGRESSÉ AUX STADES PRÉ-

GÉNITAUX DU DÉVELOPPEMENT, ET S'EXPRIME QUELQUEFOIS SOUS LA FORME NON DÉGUI-
SÉE D'UN ÉROTISME ANAL OU URÉTHRAL, D'UN VOYEURISME, D'UN EXHIBITIONISME
ET D'UNE TENDANCE À LA MASTURBATION...

LES SYMPTÔMES DE L'INVOLUTION SONT COMME DES ROCHERS RÉVÉLÉS PAR LE RETRAIT
DES EAUX À LA SURFACE D'UN ÎLOT QUE NULLE RIVIÈRE NE NOURRIRAIT ET QUI AU-
RAIT ÉTÉ ABANDONNÉ PAR LA MER...

CEUX QUI FONT UNE NÉVROSE CLIMATÉRIQUE SONT EXPOSÉS À L'AUTO-DÉPRÉCIATION,
ET SONT ASSAILLIS PAR DES IDÉES DE CULPADILITÉ ET DE RUINE QUI CONDUISENT
À LA MÉLANCOLIE... CONTRE LAQUELLE ILS ESSAIENT DE SE DÉFENDRE EN SE RÉFU-
GIANT DANS LES BRAS DE LA RELIGION.

MAIS CES DÉPRESSIONS PEUVENT ÊTRE BRUSQUEMENT INTERROMPUES PAR DES ACCÈS
AMOUREUX VIOLENTS CONTRE LESQUELS LES SUJETS ESSAIENT VAINEMENT DE LUTTER
À CAUSE DE L'INCOMPATIBILITÉ QU'ILS ONT AVEC LA TENUE EXIGÉE PAR LEUR ÂGE...
NÉANMOINS JE PENSE QUE CES BRUYANTES HISTOIRES D'AMOUR SONT COMPARABLES AU
ROULEMENT DU TAMBOUR QUI DANS UNE EXÉCUTION COUVRE LES CRIS DE LA VICTIME.
LA LIBIDO DU SUJET A ÉTÉ EN RÉALITÉ SOUSTRAITE DE SES OBJETS, ET C'EST UNI-
QUEMENT LE MOI QUI POUSSE L'INDIVIDU À S'ATTACHER À UN IDÉAL AMOUREUX ET À
COMPENSER PAR CETTE BRUYANTE PROCLAMATION D'AMOUR LA RÉGRESSION QUI S'EST EN
FAIT INSTALLÉE. LA DISSIPATION EXAGÉRÉE DES INTÉRÊTS SEXUELS CHEZ DE NOMBREU-
SES PERSONNES AU MOMENT DE LA MÉNOPAUSE EST UN SIGNE DE SURCOMPENSATION...
LA DÉPRÉCIATION ELLE MÊME EST L'EXPRESSION DE LA RÉPUGNANCE D'UNE CONSCIEN-
CE HAUTEMENT CIVILISÉE DEVANT DES APPÉTITS INCOMPATIBLES..."

AUTREMENT DIT ON ASSITE AU COURS DU VIEILLISSEMENT À UNE RÉDUCTION DE LA
LIBIDO QUI TEND PAR AILLEURS À SE RETIRER DE SES OBJETS D'AMOUR ET À SE
FIXER SUR LE MOI : IL Y A DONC RÉGRESSION.

L'AUTEUR EXPLIQUE LES DÉSORDRES DES CONDUITES SEXUELLES PAR UN PHÉNOMÈNE DE
COMPENSATION SUGGÉRÉ PAR LE MOI. D'AUTRES Y VOIENT UNE POUSSÉE INSTINCTUEL-
LE DU ÇA, À LA QUELLE LE SUJET EST INCAPABLE DE S'ADAPTER.

QUOI QU'IL EN SOIT SURGISSENT ALORS DES SENTIMENTS D'INFÉRIORITÉ, D'INSÉ-
CURITÉ, DE CULPADILITÉ, AUSSI BIEN QUE D'AGRESSIVITÉ ET D'HOSTILITÉ SURTOUT
ENVERS LES SUJETS JEUNES.

NOUS RETROUVONS LÀ ENCORE UNE RÉACTION DE DÉSADAPTATION OU DE CRISE, QUI NE
RENTRE DANS L'ORDRE QUE LORSQUE LE SUJET AURA RÉUSSI À ÉTABLIR UN ÉQUILI-
BRE PROPRE À SON ÂGE, À LA MESURE DES CAPACITÉS QU'IL CONSERVE.

MAIS CES TRAVAUX NE RECHERCHENT QU'UNE EXPLICATION DES SYMPTÔMES.

CERTAINS ONT ESSAYÉ D'ALLER PLUS LOIN ET DE LEUR ATTRIBUER UNE VALEUR
THÉRAPEUTIQUE.

KAUFMAN (1937) RAPPORTE L'OBSERVATION DE 2 CAS TRAITÉS AVEC SUCCÈS, MAIS RECONNAÎT QUE L'ANALYSE DE CES MALADES N'AJOUTE RIEN À LA PSYCHOPATHOLOGIE OU À LA COMPRÉHENSION DU SYNDRÔME DÉPRESSIF EN TANT QUE TEL. ENFIN RÉCEMMENT GROT JAHN (1956) A ESSAYÉ D'ÉTENDRE LES INDICATIONS DU TRAITEMENT PSYCHANALYTIQUE DES GENS ÂGÉS.

"NOTRE INCONSCIENT NE CONNAÎT NI LA VIEILLESSE, NI LA MORT : AINSI L'EXPÉRIENCE DU VIEILLISSEMENT EST UN COUP INATTENDU PORTÉ AU NARCISSISME, ÉDRANLANT LES ILLUSIONS INCONSCIENTES D'ÉTERNELLE JEUNESSE."

CE TRAUMATISME PEUT DÉTERMINER UNE PSYCHOSE DÉPRESSIVE, PLUS SOUVENT QU'UNE RÉACTION NÉVROTIQUE. L'ADAPTATION AU FAIT INÉVITABLE DU VIEILLISSEMENT COMPREND L'ACCEPTATION DE SA PROPRE VIE TELLE QU'ELLE A ÉTÉ VÉCUE."

POUR CE FAIRE L'AUTEUR PROPOSE UNE CURE ANALYTIQUE QUI SE DOIT DE TRANSFORMER LA RÉTROSPECTION EN INTROSPECTION, DE REDRESSER CERTAINES ERREURS, D'ÉLUCIDER LES RELATIONS INCONSCIENTES À L'ÉGARD DES ENFANTS ETC... L'ATTITUDE DU THÉRAPEUTE À L'ÉGARD DU SUJET ÉTANT UN ÉLÉMENT IMPORTANT DU PROGNOSTIC.

AU TERME DE CE CHAPITRE

NOUS RESTONS TRÈS SÉPTEIQUES DEVANT CERTAINES EXPLICATIONS PROPOSÉES PAR LES PSYCHANALYSTES À PROPOS DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

PAR AILLEURS CES EXPLICATIONS FORT INCOMPLÈTES, NE CONCORDENT PAS TOUJOURS D'UN AUTEUR À L'AUTRE.

RÉDUCTION DE LA LIBIDO OU SIMPLE DÉPLACEMENT SANS MODIFICATION QUANTITATIVE AU MOMENT DE L'INVOLUTION ?

ORIGINE DES TROUBLES DES CONDUITES SEXUELLES ?

EN OUTRE ELLES NE POSENT JAMAIS LE PROBLÈME DE SAVOIR POURQUOI PRÉCISÉMENT CES TROUBLES SURVIENNENT À LA PÉRIODE INVOLUTIVE PLUTÔT QU'À UNE AUTRE PÉRIODE.

CECI D'UN POINT DE VUE DOCTRINAL.

D'UN POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE, QUAND ON A VU DE CES GRANDES FORMES DE MÉLANCOLIE AGITANTE ON NE PEUT PAS CROIRE À L'EFFICACITÉ QUELCONQUE DE LA MÉTHODE, TOUTE APPROCHE PSYCHANALYTIQUE S'AVÉRANT À NOS YEUX IMPOSSIBLE À CE STADE DE LA MALADIE.

NÉANMOINS SI LES DONNÉES PSYCHANALYTIQUES N'ONT GUÈRE FAIT AVANCER LE PROBLÈME DE L'ORIGINE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, ET SI CETTE MÉTHODE NE SAURAIT EN AUCUN CAS ÊTRE APPLIQUÉE DANS LES FORMES FRANCHES OU GRAVES DE LA MALADIE ; IL N'EN RESTE PAS MOINS QU'ELLE NOUS A APPORTÉ CERTAINES LUMIÈRES

INTÉRESSANTES SURTOUT EN CE QUI CONCERNE LA MÉLANCOLIE EN GÉNÉRAL ET SES MÉCANISMES : VOISINS DE CEUX DU DEUIL, AVEC EN PLUS DES PHÉNOMÈNES DE RÉGRESSION.

DE PLUS, AU STADE DE DÉBUT DE LA MALADIE, AVANT LE DÉCLENCHEMENT DE LA GRANDE CRISE ANXIEUSE ET AGITÉE DE LA PÉRIODE D'ÉTAT, IL EST PROBABLE QU'UNE INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPIQUE OU MÊME PSYCHANALYTIQUE PUISSE ÉVITER UN CERTAIN NOMBRE DE CATASTROPHES, EN AIDANT LE SUJET À PRENDRE CONSCIENCE DE SES PROBLÈMES ET À Y FAIRE FACE.

C'EST POURQUOI CETTE MÉTHODE, NE DOIT PAS ÊTRE NÉGLIGÉE MÊME DANS LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION OÙ ELLE A PEU DE PLACE. IL EST PROBABLE D'AILLEURS QU'ELLE DEVRAIT ABOUTIR À UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES MÉCANISMES DE DÉCLENCHEMENT DES TROUBLES.

QUOI QU'IL EN SOIT, IL NE FAUT PAS EN ATTENDRE UNE EXPLICATION PATHOGÉNIQUE DE LA MALADIE, QUI MALGRÉ LES HYPOTHÈSES BIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES FORMULÉES À SON ORIGINE, CONSERVE ENCORE BIEN DES INCONNUES.

CONCLUSIONS

C'EST KRACPELIN QUI EN 1896 AU COURS D'ÉTUDES QUI ABOUTIRENT À LA SÉPARATION DÉFINITIVE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE ET DE LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE, ISOLA HORS DU CADRE DE CETTE DERNIÈRE UNE ENTITÉ QU'IL APPELA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

SA DESCRIPTION DU SYNDROME FAIT ENCORE FIGURE DE LOI : ON Y TROUVE DÉJÀ SOULIGNÉS LES GRANDS POINTS QUI FONT LA PARTICULARITÉ DE CES ÉTATS DÉPRESSIFS :

- LA SURVENUE CHEZ DES PERSONNES ÂGÉES ET PLUS PARTICULIÈREMENT CHEZ LA FEMME À LA PÉRIODE DE LA MÉNOPAUSE
- UNE HÉRÉDITÉ DIFFÉRENTE DE CELLE DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE
- LA NOTION DE PERSONNALITÉ PRÉDISPOSÉE
- LA FRÉQUENCE DE FACTEURS DÉCLENCHANTS
- LE TABLEAU CLINIQUE DIFFÉRENT DE CELUI D'UN ACCÈS MÉLANCOLIQUE BANAL
- LE PRONOSTIC SOUVENT FAVORABLE, MAIS ^{AU}PRIX D'UNE ÉVOLUTION PROLONGÉE
- LA POSSIBILITÉ DE FORMES CHRONIQUES
- L'ABSENCE D'ÉVOLUTION DÉMENTIELLE VÉRITABLE

SI ENSUITE LES DIFFÉRENTS AUTEURS FIRENT CAMPAGNE

- POUR LA RATTACHER AU GROUPE DES PSYCHOSES PÉRIODIQUES
- OU D'UNE AUTRE POUR L'INTÉGRER DANS LE CADRE DES MANIFESTATIONS DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

ACTUELLEMENT L'ACCORD SEMBLE FAIT PARMI LES GRANDES ÉCOLES PSYCHIATRIQUES POUR LA DISTINGUER DE L'UNE ET DE L'AUTRE DE CES AFFECTIONS.

TOUT L'INTÉRÊT DE LA QUESTION A ÉTÉ REPORTÉ SUR LES RAPPORTS QUE CETTE MALADIE PRÉSENTE AVEC L'INVOLUTION EN GÉNÉRAL, L'INVOLUTION CÉRÉBRALE EN PARTICULIER, AUTREMENT DIT AVEC DES PHÉNOMÈNES DE SÉNESCENCE.

MALHEUREUSEMENT NOS CONNAISSANCES EN CE DOMAINE SI VASTE ET BIEN D'ACTUALITÉ, EN SONT ENCORE AU STADE DE LA RECHERCHE ET DES HYPOTHÈSES : AUSSI NE FAUT-IL PAS EN ATTENDRE LA LUMIÈRE QUI NOUS PERMETTRA DE VOIR À NUS LES MÉCANISMES DE PRODUCTION DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION.

MIEUX CONNUS SONT LES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES QUI ACCOMPAGNENT L'INSÉSCENCE. LEUR INTÉRÊT EST SURTOUT THÉORIQUE, MAIS IL EST PRATIQUE AUSSI DANS LA MESURE OÙ EN AGISSANT SUR EUX LORSQU'IL EST ENCORE TEMPS ON POURRA ÉVI-

TER LE DÉCLENCHEMENT DE L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE.

EN RÉALITÉ NOUS NOUS INTÉRESSONS ICI AUX DÉPRESSIONS D'INVOLUTION DÉJÀ ÉCLOSES.

AVANT D'ABORDER LES RÉSULTATS DE CETTE ÉTUDE, RAPPELONS QUE PAR LE TERME INVOLUTION NOUS ENTENDONS LE VIEILLISSEMENT, "C'EST À DIRE LE PROCESSUS PHYSIOLOGIQUES D'ÉPUISEMENT QUE L'ÂGE SUFFIT À DÉTERMINER À LA LONGUE CHEZ L'INDIVIDU SANS LE CONCOURS D'AUCUNE MALADIE ET D'AUCUN ACCIDENT". COURDON QUI DONNE CETTE DÉFINITION DE L'INVOLUTION AJOUTE QU'ELLE SE FAIT EN 2 PÉRIODES : CELLE DE LA PRÉSÉNILITÉ ET CELLE DE LA SÉNILITÉ.

SEULE LA PREMIÈRE NOUS INTÉRESSERA ET CERTAINS PRÉFÈRENT PRÉCISER CETTE NOTION EN PARLANT DE "MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE D'INVOLUTION."

NOTRE ÉTUDE A PORTÉ SUR 116 MALADES DE SEXE FÉMININ HOSPITALISÉES À LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. ENTRE 1952 ET 1962, POUR UN ÉTAT DE DÉPRESSION.

NOS CRITÈRES DE SÉLECTION ONT ENSUITE ÉTÉ LES SUIVANTS :

- ÂGE COMPRIS ENTRE 45 ET 60 ANS
- PREMIER ACCÈS APPARU APRÈS 45 ANS
- ABSENCE D'ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE TYPE MANIACO-DÉPRESSIFS OU AUTRES (NÉVROSE OBSESSIONNELLE EN PARTICULIER).
- ABSENCE DE SIGNES D'ORGANICITÉ
 - AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL
 - OU SIGNES NEUROLOGIQUES

POUVANT ÉVOQUER UN PROCESSUS D'ARTÉRIOSCLÉROSE CÉRÉBRALE.

NOS MALADES ONT ENSUITE ÉTÉ RÉPARTIES DANS 3 GROUPES D'IMPORTANCE NUMÉRIQUE INÉGALE.

LE GROUPE A (86 MALADES)

COMPORTAIT DES MALADES EXEMPTES DE TOUT ANTÉCÉDENT DÉPRESSIF PERSONNEL, QUEL QU'EN SOIT LA NATURE, ET DE TOUT ANTÉCÉDENT DÉPRESSIF FAMILIAL.

LE GROUPE B (11 MALADES)

COMPORTAIT DES MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS PERSONNELS (NÉVROTiques OU RÉACTIONNELS MAIS TOUJOURS DISCRETS, FUGACES ET TELS QU'ON POUVAIT ÉLIMINER ALORS LE DIAGNOSTIC D'ACCÈS MÉLANCOLIQUE ENDOGÈNE CES MALADES ÉTAIENT PAR AILLEURS EXEMPTES DE TOUT ANTÉCÉDENT DÉPRESSIF FAMILIAL).

LE GROUPE C (19 MALADES)

COMPORTAIT DES MALADES N'AYANT AUCUN ANTÉCÉDENT DÉPRESSIF PERSONNEL, MAIS AYANT DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE TYPE DÉPRESSIF (OU MANIACO-DÉPRESSIF).

CETTE DISTINCTION AYANT ÉTÉ FAITE DANS LE BUT DE CONTENIR CEUX QUI EXCLUENT DU CADRE DES MÉLANCOLIES D'INVOLUTION

LES MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DÉPRESSIFS QUELS QU'ILS SOIENT
DE DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE TYPE MANIACO-DÉPRESSIF

POUR CES AUTEURS EN EFFET

SEUL LE GROUPE A POURRAIT ÊTRE QUALIFIÉ DU TITRE DE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION

LE GROUPE B SE COMPOSANT DE DÉPRESSIONS NÉVROTiques OU RÉACTIONNELLES
LE GROUPE C DE PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVE À DÉBUT TARDIF.

EN FAIT DES LIMITES AUSSI ÉTROITES NE NOUS PERMETTAIENT PAS D'ÉTUDIER EN PARTICULIER L'HÉRÉDITÉ DE LA MALADIE : TOUTE ÉTUDE GÉNÉTIQUE, TOUTE RECHERCHE DE LA PARENTÉ DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION AVEC LES AUTRES NÉVROSES OU PSYCHOSES DEVENANT IMPOSSIBLES SI L'ON EXCLUE DE CE CADRE LES MALADES AYANT DES ANTÉCÉDENTS CARACTÉRISÉS.

UNE ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LES DIVERS RÉSULTATS OBTENUS POUR CHAQUE GROUPE A ÉTÉ CONDUITE. BIEN QU'ELLE SOIT TRÈS IMPARFAITE EN CE SENS QUE LES GROUPES NE SE COMPOSENT PAS D'UN NOMBRE ÉGAL DE MALADES, IL APPARAÎT CEPENDANT QU'AUCUNE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE N'A ÉTÉ TROUVÉE ENTRE LES 3 GROUPES EN CE QUI CONCERNE LES DIFFÉRENTS PROBLÈMES SUCCESSIVEMENT ENVISAGÉS.

AUSSI POUR ALLÉGER NOTRE CONCLUSION, DONNERONT NOUS LES RÉSULTATS OBTENUS POUR L'ENSEMBLE DES MALADES, SANS MENTIONNER LES RÉSULTATS PARTIELS.

I - DE L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE SE DÉGAGEANT DES DONNÉES IMPORTANTES

1°/ L'HÉRÉDITÉ DE NOS MALADES EST ASSEZ LOURDEMENT CHARGÉE PUISQUE DES TROUBLES PSYCHIQUES DIVERS SONT RETROUVÉS DANS 1/3 DES CAS CHEZ LES ASCENDANTS ET LES DESCENDANTS RÉUNIS.

EN PARTICULIER L'HÉRÉDITÉ DÉPRESSIVE EST RETROUVÉE DANS 15 % DES CAS (MAIS IL S'AGISSAIT D'ANTÉCÉDENTS MANIACO-DÉPRESSIFS VRAIS DANS 10 % DES CAS SEULEMENT).

L'HÉRÉDITÉ SCHIZOPHRÉNIEQUE EST RETROUVÉE DANS 4,3 % DES CAS.

CES POURCENTAGES DIFFÉRENT NOTABLEMENT DE CEUX QUE L'ON POURRAIT ATTENDRE DANS UNE POPULATION GÉNÉRALE (SOIT 1 % POUR LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE ET 1 % POUR LA SCHIZOPHRÉNIE).

2°/ LA PERSONNALITÉ PRÉ-MORBIDE LORSQU'ELLE A PU ÊTRE PRÉCISÉE ÉTAIT PATHOLOGIQUE DANS ENVIRON 90 % DES CAS. LES TYPES DE PERSONNALITÉS QUI PARAISSENT PARTICULIÈREMENT SUSCEPTIBLES DE FAIRE UNE MÉLANCOLIE D'INVOLUTION ÉTANT DES CARACTÈRES PSYCHASTHÉNIQUES, ET LES CARACTÈRES OBSESSIONNELS.

CITONS À TITRE PLUS ACCESSOIRE UN CERTAIN NOMBRE DE CARACTÈRES HYSTÉROÏDES, SCHIZOÏDES OU PARANOÏAQUES.

3°/ DES FACTEURS DÉCLENCHANTS ONT ÉTÉ RETROUVÉS À L'ORIGINE DE L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE DANS PLUS DES 2/3 DES CAS :

CE FACTEUR ÉTANT LE PLUS SOUVENT UN TRAUMATISME PSYCHIQUE (MORT D'UN ÊTRE CHER, CHOC ÉMOTIONNEL, DIFFICULTÉS SOCIALES ET FINANCIÈRES) QU'UNE AGRESSION PHYSIQUE (MALADIE OU PLUS SOUVENT INTERVENTION CHIRURGICALE : SURTOUT LES INTERVENTIONS PORTANT SUR L'ABDOMEN ET LE PETIT BASSIN). C'EST VOLONTAIREMENT QUE NOUS N'AVONS PAS COMPTÉ LA MÉNOPAUSE AU RANG DE CES FACTEURS DÉCLENCHANTS.

II - LE TABLEAU CLINIQUE

APRÈS UN DÉBUT PROGRESSIF (DANS LES 2/3 DES CAS) ÉTAIT BIEN TEL QU'IL SE TROUVE DÉCRIT DANS LA PLUPART DES MANUELS DE PSYCHIATRIE MODERNES : À SAVOIR :

- QU'ON RETROUVAIT UN NOMBRE NON NÉGLIGEABLE DE MALADES CHEZ QUI LE SYMPTÔME INHIBITION ÉTAIT REMPLACÉ PAR L'AGITATION ANXIEUSE (1/3 ENVIRON)
- ET QU'AUX SIGNES HABITUELS DE LA MÉLANCOLIE S'ASSOCIAIENT CERTAINS SIGNES PLUS PARTICULIERS BIEN QUE NON PATHOGNOMONIQUES TELS QUE :
 - UN SENTIMENT DE DÉPERSONNALISATION
 - DES MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES
 - ENFIN DES IDÉES DÉLIRANTES RENCONTRÉES ICI CHEZ PLUS DE LA MOITIÉ DES MALADES :

IDÉES DÉLIRANTES DE PERSÉCUTION OU DE PRÉJUDICE

IDÉES DÉLIRANTES HYPOCONDRIAQUES PARTICULIÈREMENT FRÉQUENTES, RÉALISANT PARFOIS UN SYNDROME DE COTARD.

DES HALLUCINATIONS FURENT RETROUVÉES CHEZ 15 % DES MALADES (LES PSYCHASTHÉNIQUES ET LES SCHIZOÏDES ÉTANT CELLES QUI SEMBENT PRÉSENTER PLUS PARTICULIÈREMENT CE SYMPTÔME).

DANS 50 % DES CAS ENVIRON LE TABLEAU RÉALISÉ ÉTAIT CELUI D'UNE DÉPRESSION SÉVÈRE.

LA TENDANCE SUICIDAIRE MANQUAIT RAREMENT : 1/4 DE NOS MALADES AVAIENT FAIT UNE OU PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE.

III - LES EXAMENS PARACLINIQUES

- PEU INTERPRÉTABLES QUAND IL S'AGIT DES EXAMENS BIOLOGIQUES TROP PEU NOMBREUX POUR AVOIR UNE QUELCONQUE VALEUR D'ENSEMBLE.
- SONT PLUS INTÉRESSANTS EN CE QUI CONCERNE LES ÉTUDES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES.

L'E.E.G. EST PERTURBÉ CHEZ LA MOITIÉ DES MALADES (ONDES LENTES, OU ASPECT IRRITATIF, SANS SIGNES DE LOCALISATION)

- LES TESTS PSYCHOMÉTRIQUES ENFIN ONT UNE VALEUR CAPITALE PUISQU'ILS OBJECTIVENT LA NOTION D'INTÉGRITÉ INTELLECTUELLE APRÈS L'ACCÈS : CAR IL FAUT SAVOIR QU'EN PÉRIODE DE DÉPRESSION CERTAINES MALADES DU FAIT DE LEUR RALENTISSEMENT ET DE LEUR INHIBITION PEUVENT APPARAÎTRE À TORT COMME DES DÉMENTES.

AUSSI IL EST NÉCESSAIRE D'ATTENDRE LA GUÉRISON DE L'ACCÈS POUR TESTER LES MALADES.

MALHEUREUSEMENT UN TROP PETIT NOMBRE DE NOS MALADES ONT SUBI CES EXAMENS QUI S'AVÈRENT NORMAUX DANS UNE PROPORTION DE 8 SUR 10 (LES TESTS LES PLUS COMMUNÉMENT EMPLOYÉS ÉTAIENT LE WEBBSLER BELLEVUE, LE TEST DE BINOIS ET PICHOT, LE TEST DE BENTON, LE TEST DE RORSCHACH). LA PERSONNALITÉ DES MALADES N'A PAS FAIT L'OBJET D'ÉTUDES SYSTÉMATIQUES QUI SÉRAIENT POURTANT INTÉRESSANTES POUR APPUYER NOTRE IMPRESSION CLINIQUE. DE TELLES ÉTUDES SONT ACTUELLEMENT EN COURS (À L'AIDE DES ÉCHELLES DE SANDLER ET HAZARI).

LES PREMIERS RÉSULTATS OBTENUS SE SONT AVÉRÉS INTÉRESSANTS.

IV - L'ÉVOLUTION

A ÉTÉ ENVISAGÉ NON SEULEMENT EN CE QUI CONCERNE LE PRONOSTIC IMMÉDIAT LE PLUS SOUVENT FAVORABLE (90 % DES CAS) APRÈS UNE DURÉE DE 1 MOIS À 1 AN LE PLUS SOUVENT CECI GRÂCE AU TRAITEMENT PAR L'ÉLECTROCHOC, LES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS (TOFRANIL SURTOUT) OU LES 2 RÉUNIS. PLUS INTÉRESSANT À CONSIDÉRER EST LE PRONOSTIC LOINTAIN, À DISTANCE DE L'ACCÈS :

CE PRONOSTIC A ÉTÉ ÉTUDIÉ AVEC UN REcul QUI VA DE 1 AN À 10 ANS SELON LES CAS.

SI 25 % DE NOS MALADES ONT ÉTÉ TOTALEMENT PERDUES DE VUE LORS DE NOTRE TRAVAIL (QU'ELLES AIENT DÉMÉNAGÉ, QUELLES SOIENT MORTES, OU

QU'ELLES AIENT ÉTÉ HOSPITALISÉES AILLEURS).

30 % ONT GUÉRI DÉFINITIVEMENT APRÈS UN SEUL ACCÈS

30 % ONT ÉVOLUÉ SOUS FORME D'ACCÈS DÉPRESSIFS MULTIPLES ENTRECOUPÉES DE GUÉRISON

UN CERTAIN NOMBRE DE MALADES GUÉRISSENT D'AILLEURS SOUVENT APRÈS PLUSIEURS ANNÉES D'UNE TELLE ÉVOLUTION (10 À 20 %)

AU TOTAL LA GUÉRISON EST OBTENUE APRÈS 1 OU PLUSIEURS ACCÈS DANS LA MOITIÉ DES CAS ENVIRON. AILLEURS LA MALADIE CONTINUE À ÉVOLUER SOUS FORME D'ACCÈS.

LES PASSAGES À LA CHRONICITÉ RESTENT RARES.

UNE ÉVOLUTION DÉMENTIELLE ULTÉRIEURE, SOUPÇONNÉE CHEZ QUELQUES MALADES (MOINS D'UNE DIZAINE) N'A EN FAIT JAMAIS ÉTÉ PROUVÉE.

QUANT À LA MORTALITÉ, ELLE EST CERTAINEMENT SOUS ESTIMÉE DANS NOTRE STATISTIQUE ET NOUS MANQUONS DE RENSEIGNEMENTS (ÂGE DE LA MORT, CAUSES DE LA MORT) QUI NOUS PERMETTRAIENT DE DISCUTER DE NOS RÉSULTATS.

APRÈS AVOIR PRÉCISÉ L'ÉTAT DES MALADES APRÈS LEUR MALADIE :

ACTIVITÉ DIMINUÉ DANS 1/3 DES CAS (MAIS IL FAUT TENIR COMPTE DE L'ÂGE PROCHE DE LA RETRAITE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE)

HUMEUR QUI CHEZ 1/4 DES MALADES RESTE TACITURNE, MOROSE, IRRITABLE, VOIRE PLAINTIVE ET HYPOCONDRIAQUE

ÉTAT GÉNÉRAL EXEMPT DE GRAVES INFIRMITÉS DANS L'ENSEMBLE

NOUS AVONS CHERCHÉ À PRÉCISER QUELQUES FACTEURS DU PRONOSTIC : AUCUN DE CEUX HABITUELLEMENT AVANCÉS, PAS MÊMES LES CONDITIONS DE VIE RENCONTRÉES PAR LA MALADE À LA SORTIE, NE SEMBLE AVOIR D'IMPORTANCE.

V - CETTE ÉTUDE D'ENSEMBLE UNE FOIS TERMINÉE NOUS AVONS DONNÉ LE RÉSUMÉ DE QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADES PRISES PARMİ LES PLUS TYPİQUES.

VI - PUIS, NOUS AVONS ABORDÉ LES GRANDES DISCUSSIONS PATHOGÉNIQUES SOULEVÉES PAR CETTE QUESTION.

SUR LE PLAN BIOLOGIQUE : SE POSE LE PROBLÈME DE SAVOIR QUELLE EST L'ORIGINE DE LA SÉNESCENCE :

- SÛREMENT PAR HORMONAL : COMME ON A PÛ LE PENSER ET SI LES GLANDES ENDOCRINES (LES OVAIRES EN PARTICULIER) SUBISSENT UNE ATROPHIE PLUS OU MOINS ÉVIDENTE CHEZ LES SUJETS ÂGÉS, IL SEMBLE S'AGIR LÀ D'UN PHÉNOMÈNE TRÈS GÉNÉRAL DE L'INVOLUTION SÉNILE.

- LA MÉNOPAUSE SI SOUVENT INVOQUÉE À L'ORIGINE DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, N'EST SANS DOUTE QU'UN DES REFLETS DE CETTE INVOLUTION GÉNÉRALE ET NON SA CAUSE (À TEL POINT QU'UN AUTEUR PROPOSE DE REMPLACER LE TERME MÉLANCOLIE DE LA MÉNOPAUSE PAR LE TERME DE MÉLANCOLIE À LA MÉNOPAUSE).

DANS NOTRE ÉTUDE : LA MÉNOPAUSE ÉTAIT EN RELATION AVEC LA DÉPRESSION DANS 50 % DES CAS (CECI SEULEMENT SI L'ON CONSIDÈRE DANS LA MÉNOPAUSE LA LONGUE PÉRIODE D'IRRÉGULARITÉS MENSTRUELLES ET NON LE PHÉNOMÈNE D'ARRÊT DES RÈGLES).

L'ORIGINE EST-ELLE DANS LE SYSTÈME NERVEUX ?

MAIS LA PLUPART DES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DUES À L'ÂGE ET DÉCRITES AU NIVEAU DU SYSTÈME NERVEUX PARAISSANT IMPUTABLES À DES MODIFICATIONS VASCULAIRES.

ENFIN DES PROCESSUS MÉTABOLIQUES ET EN PARTICULIER ENZYMATIQUES ONT ÉTÉ INVOQUÉS, MAIS SANS PREUVES À L'APPUI. LE PROBLÈME RESTE DONC ENTIER.

SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LE VIEILLISSEMENT SONT CONNUES DE LONGUE DATE, AINSI QUE LES DIFFICULTÉS QUE DOIVENT AFFRONTÉ LES SUJETS DE CET ÂGE ET QUI CONSTITUENT AUTANT DE FACTEURS TRAUMATISANTS.

UNE INTERVENTION SUR CES FACTEURS À CONDITION D'ÊTRE SUFFISAMMENT PRÉCOCE, CONSTITUerait SANS DOUTE UN ÉLÉMENT DE PROTECTION CONTRE BON NOMBRE DE TROUBLES DE LA PÉRIODE D'INVOLUTION.

ENFIN LES TRAVAUX PSYCHANALYTIQUES QUOIQUE RARES SUR CE PROBLÈME, DU FAIT DE L'ÂGE DES MALADES CONSIDÉRÉ COMME UNE CONTRE-INDICATION AU TRAITEMENT PROPOSENT CEPENDANT UNE EXPLICATION DÉJÀ AVANCÉE PAR FREUD À SAVOIR QUE " LES ÉMANATIONS DE LA LIBIDO TENDENT À ÊTRE RETIRÉES DES OBJETS D'AMOUR DE L'INDIVIDU, ET CES INTÉRÊTS LIBIDINAUX PAR AILLEURS QUANTITATIVEMENT DIMINUÉS TENDENT À SE FIXER SUR "LE PROPRE MOI" IL Y A À LA FOIS RÉDUCTION DE LA LIBIDO ET RÉGRESSION NARCISSIQUE.

MAIS CES DISCUSSIONS N'ONT QU'UN INTÉRÊT TRÈS THÉORIQUE. IL SEMBLE QU'ENFIN DE COMPTE LE DÉTERMINISME DE LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION NE SE LAISSE PAS RÉDUIRE AUX SEULS PHÉNOMÈNES D'INVOLUTION PHYSIOLOGIQUE OU À DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES SI GRAVES SOIENT-ILS.

UNE FAÇON ÉLÉGANTE DE RÉUNIR CES HYPOTHÈSES EN UN TOUT COHÉRENT, SERAIT DE CONSIDÉRER LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION COMME UNE DÉPRESSION RÉACTIONNELLE À DES TRAUMATISMES, QUI POUR N'ÊTRE PAS TOUJOURS IMPORTANTS NI ÉVIDENTS, ONT UNE FORTE CHARGE AFFECTIVE POUR L'INDIVIDU INTÉRESSÉ.

CETTE AGRESSION SURVENANT À UNE PÉRIODE DE MOINDRE RÉSISTANCE QU'EST LA PÉRIODE D'INSÉNESCENCE SUFFIRAIT À DÉCLENCHER UN ACCÈS DÉPRESSIF, QUI PAR SON INTENSITÉ, SA GRAVITÉ, EST TRÈS VOISIN DE L'ACCÈS DE MÉLANCOLIE ENDOGÈNE, AVEC CEPENDANT QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES QUI NE SONT PEUT-ÊTRE QUE DES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ÂGE AU TABLEAU DE LA DÉPRESSION.

VU : LE DOYEN DE LA FACULTÉ
PR. L. BINET

VU : LE PRÉSIDENT DE THÈSE
PR. J. DELAY

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY P. - LES TERMINAISONS DE LA MÉLANCOLIE, THÈSE, PARIS 1923 - 126 P.
- ANDERSON EW. - PROGNOSIS OF THE DEPRESSIONS OF LATER LIFE
J.MENT.SCI 82, N° 340, 559-588, 1936
- ANGLADE R. - LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES
CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE BORDEAUX 1931,
P.61 - 119.
- AULT C., HOCTOR EF., AND WERNER A. - INVOLUTIONAL MÉLANCHOLIA
AMER. J. PSYCHIAT. 97, T.I, 691 - 694, 1940
- BARNETT J., LIFFORD A. AND PURSHMAN.D - INVOLUTIONAL MÉLANCHOLIA
PSYCHIAT. QUART. 27, N° 4, 654 - 662, 1953
- BERNARD.P - LES TROUBLES MENTAUX DE LA SÉNESCENCE
MANUEL DE PSYCHIATRIE DE EY H., BRISSET.CH, BERNARD.P, MASSON
PARIS 1960, P. 773 - 818
- BERNARD.P, NOEL.P, DEDDEU-ANGLADE.G - PATHOLOGIE MENTALE DE LA SÉNESCENCE
ET DE LA SÉNILITÉ - ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE -
PSYCHIATRIE T.II - 37.530 A 10, P. 1 - 14
37.530 A 30, P. 1 - 14
- BERTAGNA.L - LA DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE : ETUDES CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
REV. PRAT. 7, N° 15 - 1651 - 1654, 1957
- BINET.L ET BOURLIERE.FR - PRÉCIS DE GÉRONTOLOGIE - MASSON - PARIS 1955, 554p.
- BIRREN.JE - HANDBOOK OF AGING AND THE INDIVIDUAL-UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
1959, 1 Vol. 939 P.
- BISCHOF.G - DIE ERBLICHEN BEZIEHUNGEN DER PSYCHOSEN DES RÜCKBILDUNGSALTERS,
ZTSCHR.F.D.GES. NEUROL.U. PSYCHIAT. 167, 105, 1939
(CITÉ PAR STENDSTEDT.A (1959 P.7)
- BLANC.G ET LAIRY.GC - MODIFICATIONS DE L'E.E.G. AU COURS DES SYNDRÔMES DÉ-
PRESSIFS - REV.NEUROL.(PARIS) 102, N°4, 371-374, 1960
- BROCKHAUSEN.K - UBER ERBIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN INVOLUTIVER PSYCHOSEN,
INSBESONDERE UBER ERSTMALIG IN DER INVOLUTION AUFTRETENDE REINE
MELANCHOLIEN-ZTSCHR.F.D.GES.NEUROL.U.PSYCHIAT. 157, 17, 1937
(CITÉ PAR STENDSTEDT.A (1959 P.7)
- CAMERON.J, FREEMAN.TH AND STEWART.R - PROGNOSIS IN INVOLUTIONAL MÉLANCOLIA
J.MENT.SCI. 100, N° 419, 418-190, 1954
- CAMERON.N - NEUROSES OF LATER MATURITY
IN KAPLAN OJ W MENTAL DISSORDERS IN LATER LIFE - STANDFORD 1956
P.201-242
- CAPERAS.J - ESSAI DE RÉDUCTION DE LA MÉLANCOLIE EN UNE PSYCHOSE D'INVOLUTION
PRÉSÉNILE - THÈSE, PARIS 1900, 98 P.
- CASTAIGNE.P - LE SYSTÈME NERVEUX CHEZ LES VIEILLARDS
PRÉCIS DE GÉRONTOLOGIE - MASSON - PARIS 1955, P.520-526

- COTARD.J - DU DÉLIRE DES NÉGATIONS
ARCH.NEUROL. (PARIS) 4, n°11, 152-170
4, n°12, 282-296
- COULEON - LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE - THÈSE, PARIS 1935, 96 P.
- COURBON.P - L'INVOLUTION MENTALE SÉNILE
J.PSYCHOL.NORM.PATH. n°1-2, 76-92, 1939
- DARIOSECQ.M - LA MÉLANCOLIE D'INVOLUTION - THÈSE, MONTPELLIER 1953, 60 P.
- DAVIDOFF.E - THE INVOLUTIONAL PSYCHOSES
IN KAPLAN OJ : MENTAL DISORDERS IN LATER LIFE-STANFORD 1956
P.244-261
- DEDIEU-ANGLADE G. - CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES NÉVROSES D'INVOLUTION -
THÈSE, PARIS 1961, 89 P.
- DELAY.J - LES DÉRÈGLEMENTS DE L'HUMEUR - P.U.F. PARIS 1946, 1 Vol. 179 P.
- DELAY.J, DENICKER.P, LEMPERIERE.T, ROBERT.M, COLIN.W ET OGRIZEK.B -
ETUDE DE L'EFFICACITÉ DE L'IMIPRAMINE DANS LE TRAITEMENT DES
ÉTATS DÉPRESSIFS
AMP (PARIS) T.I, n° 3, 521-530, 1959.
- DELAY.J ET DENICKER.P - LES MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS-MÉTHODES CHIMIOTHÉ-
RAPIQUES EN PSYCHIATRIE - MASSON, PARIS 1961, 1 Vol. 496 P.
- DELAY.J, PICHOT.P, ET PERSE.J - PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE ET CARACTÈRE DIT
OBSESSIONNEL
REV. PSYCHOL.APPLIQUÉE, 12, n° 4, 233-262, 1962.
- DELMAS.P - LES ACCÈS MÉLANCOLIQUES DE LONGUE DURÉE - THÈSE, PARIS 1921, 27 P.
- DENICKER.P - FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DES PSYCHOSES THYMIQUES
ENCÉPHALE 46, n° 2, 19-25, 1957
- DIGO.R - LA MÉLANCOLIE ET L'ÉLECTROCHOC - THÈSE, PARIS 1947, 332 P.
- DIVRY.P - PATHOCHIMIE GÉNÉRALE ET CELLULAIRE DES PROCESSUS SÉNILE ET PRÉSÉ-
NILE - 1ER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOPATHOLOGIE DU S.N.
ROME 1952, T.II, 313-345
- DREYFUS - DE LA MÉLANCHOLIE - IÉNA 1907
(CITÉ PAR HALDERSTADT 1934)
- DRY.J - RECHERCHES SUR VIEILLISSEMENT OSTÉO-ARTICULAIRE CHEZ L'HOMME - THÈSE
PARIS 1961, 90 P.
- EY.H - TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES CIRCULATOIRES D'INVOLUTION
QUESTION DE MÉDICAT, PARIS 1951
- EY.H - ETUDES PSYCHIATRIQUES - DESCLÉE DE BROUWER - PARIS 1948
T.III - ETUDE N°22 - P. 189-194
ETUDE N°25 - P. 451-463
- FAZEKAS.JF, ALMAN.RW AND BESSMAN.M. - CEREBRAL PHYSIOLOGY OF THE AGED -
AM.J.MED.SCI 223, P.245 - 1952
- FERENCZI.S - A CONTRIBUTION TO THE UNDERSTANDING OF THE PSYCHONEUROSES OF
THE AGE OF INVOLUTION
IN FINAL CONTRIBUTIONS TO THE PROBLEMS AND METHODS OF PSYCHOANALYSIS
HOGARTF PRESS N.Y. 1921 - P. 205 - 211
- FESSLER.L - THE PSYCHOPATHOLOGY OF CLIMACTERIC DEPRESSION
PSYCHOANAL. QUART 19, 28-42, 1950

- FOULDS.GA AND CARNE.JM - THE ASSESMENT OF SOME SYMPTOMS ANS SIGNES OF DÉ-
PRESSION IN WOMEN.
J. MENT. SCI 105, n°438, 182-189, 1959
- FOULDS.GA - PSYCHOTIC DÉPRESSION AND AGE
J. MENT. SCI 106, n° 445, 1394-1397, 1960
- FREUD.S - INTRODUCTION À LA PSYCHANALYSE-PAYOT , PARIS 1922, I.VOL. 496p.
- FREUD.S - DEUIL ET MÉLANCOLIE
REV. FRANÇEPSYCHAN. 9 , n°1, 102-116, 1936
TRADUCTION DE TRAUER UND MÉLANCHOLIE
INT.Z.PSYCHOAN. 4 , 288 - 301, 1917
- FREUD.S - CHARACTER AND ANAL ÉROTISM -
COLLECTED PAPERS H&GARTB PRESS LONDON, 2, 45-50, 1956
(TRADUCTION DE CHARAKTER UND ANALEROTIK
PSYCHIAT. NEUROL.WSCHR, 9 , n° 52, 465-467, 1908)
- GAUPP - DIE DEPR. ZUSTANDE D.HOHEREN ALTERS
MUNCH MED. WSCHR., n°32, 1905
(CITÉ PAR HALBERSTADT 1934)
- GAUSSEN.C - LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE : ETUDES PSYCHOLOGIQUE ET CLINIQUE -
THÈSE, PARIS 1911 - 327 p.
- GIBSON.R - A CONJECTURED CORRELATION BETWEEN DÉPRESSIONS OF THE MANIC-DÉ-
PRESSIVE AND INVOLUTIONAL MÉLANCHOLIC TYPES AND ETNIC ÉLÉMENTS
IN THE PRESENT DAY POPULATION OF BRITAIN
AMER. J. PSYCHIAT. 102, n° 2, 164-167, 1945
- GILAROVSKI.- TRAITÉ DE PSYCHIATRIE - MOSCOU 1931
(CITÉ PAR HALBERSTADT 1934)
- GROTJAHN.M - PSYCHOTHÉRAPIE ANALYTIQUE DES GENS ÂGÉS
LA PSYCHANALYSE P.U.F.- PARIS 1956 - T.11, p.243-245
- HALBERSTADT.G - LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE ET SES VARIÉTÉS CLINIQUES
AMP n°2, 307-325 , 1928
- HALBERSTADT.G 6 ETUDE CLINIQUE DE LA DÉMENCE MÉLANCOLIQUE PRÉSÉNILE
AMP n°1, 209 - 245, 1930
- HALBERSTADT.G - LES PSYCHOSES PRÉSÉNILES
ENCÉPHALE T.11, n° 6, 631-644 ET 722-737, 1934
- HEMPHILL.RE AND REISS.M - INVESTIGATIONS INTO THE SIGNIFICANCE OF THE ENDO-
CRINES IN INVOLUTIONAL MÉLANCHOLIA
J. MENT.SCI 86 , n° 365, 1965 - 1077, 1940
- HENDERSON.D AND GILLEPSIE.RD - A TEXTBOOK OF PSYCHIATRY - OXFORD 1927-P277-298
- HENDERSON.D AND GILLEPSIE.RD - A TEXT-BOOK OF PXYCHIATRY FOR STUDENTS AND
PRACTITIONERS - LONDON 1956
- HOCH.A AND MAC CURDY.J - THE PROGNOSIS OF INVOLUTIONAL MÉLANCHOLIA
ARCH. NEUROL.PSYCHIAT.(CHICAGO) 7, n° 1, 1 - 17, 1922
- HOVEN.H - LES PSYCHOSES DÉPRESSIVES DE LA MÉNORRUSE
J.BELGE NEUROL.PSUCHIAT. 36, n°10, 639-644, 1936
- HOVEN.H - LES PSYCHOSES D'INVOLUTION ET LEUR THÉRAPEUTIQUE
J.BELGE NEUROL.PSYCHIAT. 40, n° 9, 437-443, 1940

- JONES.HE - INTELLIGENCE AND PROBLEM-SOLVING
IN BIRREN JE : HANDBOOK OF AGING AND THE INDIVIDUAL - CHICAGO 1959
P.700-738
- KALLMANN.FJ - THE GÉNÉTIQS OF PSYCHOSES
CONGRÈS NATIONAL DE PSYCHIATRIE PARIS 1950-VOL.6 , P.1-40
- KALLMANN.FJ - GENETIC ASPECTS OF MENTAL DESORDERS IN LATER LIFE
KAPLAN OJ : MENTAL DESORDERS IN LATER LIFE - STANFORD 1956
P.33-43
- KAPLAN.OJ - MENTAL DESORDERS IN LATER LIFE
STANFORD UNIVERSITY PRESS, STANFORD 1956, 1.VOL., 517 P.
- KAUFMAN.MR - PSYCHOANALYSIS IN LATE-LIFE DEPRESSIONS
PSYCHOANAL. QUART. 6 , 308-335, 1937
- KEHRER - DIE PSYCHOSEN D. UM.UND RUCKDILDUNG SALTERS ZENTRALBLATT VOL.XXV
1921, P.1
- KIELHOLZ.P - CLINIQUE, DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET TRAITEMENT DES ÉTATS DÉ-
PRESSIFS.
ACTO PSYCHOSOMATICA, N° 2 - GEIGY - BÂLE, 1959, 63 P.
- KRAEPELIN.E - TRAITÉ DE PSYCHIATRIE - 5ÈME ÉDITION - LEIPZIG 1896
TRAITÉ DE PSYCHIATRIE - 8ÈME ÉDITION - VOL.II - LEIPZIG 1910
(CITÉS PAR HALDERSTADT 1934)
- KRAEPELIN.E - INTRODUCTION À LA PSYCHIATRIE CLINIQUE - VIGOT, PARIS 1907,
P.1 -16
- KRAKAUER - DIE MÉLANCHOLIE D. FRAUEN NACH DEM KLIMAKTERIUM-THÈSE BRESLAU
1884, ANAL.:ALLG.ZEITSCHRIFT, VOL XL, P.384
(CITÉ PAR HALDERSTADT 1934)
- LAGACHE.D - LE TRAVAIL DU DEUIL ETHNOLOGIE ET PSYCHANALYSE
REV. FRANÇ. PSYCHAN. 10 , N° 4, 693-708, 1938
- LANGE.J - DIE ENDOGENEN UND REAKTIVEN GEMÜTSEKRANKUNGEN UND DIE MANISCH-
DÉPRESSIVE ET KONSTITUTION
BUMKE.O HANDBUCH DER GERSTESKRANKHEITEN- BERLIN 1928 - 6, N°2, P.183
- LANGFELDT.G - LAERBØCK I KLINISKI PSYKIATRI, OSLO 1954,
(CITÉ PAR STENSDÉDT P.6) 1959)
- LANCASTER - INVOLUTIONAL MÉLANCOLIA AS A DISEASE OF ADAPTATION
J.CLIN.PSYCHOPATH. 18, N°4, 358 - 366, 1957
- LEONHARD.K - INVELUTIVE UND IDOPATHISCHE ÄNGST DÉPRESSION IN KLINIK UND
ERBLICHKEIT, LEIPZIG 1937
(CITÉ PAR STENDSTEDT 1959) P7)
- LUXENBURGER.H : INVOLUTIONS MELANCOLIEN
IN GUTT,A : HANDB ERBKRAKKEITEN, LEIPZIG, 4 , 105, 1942
(CITÉ PAR STENDSTEDT 1959 P7)
- LHERMITTE.J, NICOLAS - LA DÉMENCE SÉMILE ET SES FORMES ANATOMO-CLINIQUES
ENCÉPHALE, T.II, N° 9, P.583-594, 1924
T.II, N°10, 654 - 665, 1924
- MAC ADAM W., TAIT.C, AND ORME.JE - INITIAL PSYCHIATRIC ILLNESS IN INVOLUTION-
NAL WOMEN : E.E.G. FINDINGS
J.MENT.SCI. 103, N° 433, 824-829, 1957

- MAJER.O - BEITRAG ZUR ERBBILOGIE INVOLUTIVER KLIMAKTERISCHER UND REAKTIVER DEPRESSIONNEL
ZTSCHR F. D. GES. NEUROL. U. PSYCHIAT. 172, 737, 1941
(CITÉ PAR STENDSTEDT 1959 p7)
- MALAMUD.W, SANDS.S, AND MALAMUD.J - THE INVOLUTIONAL PSYCHOSES
PSYCHOSOM.MED. 3, p;410, 1941
- MALAMUD,W, SANDS.S, AND MALAMUD.J AND TOWERS.P - THE INVOLUTIONAL PSYCHOSES :
A SOCIO-PSYCHIATRIC FOLLOW UP STUDY
AMER. J. PSYCHIAT. 105, n° 8, 567,-572,1949
- MAYER GROSS.W, STATER.E, AND ROTH.M - CLINICAL PSYCHIATRY - CASSEL LTD
LONDON 1960 - P.214-229
- MENDELSON.M - PSYCHOANALYTIC CONCEPTS OF DEPRESSION - CHARLES C THOMAS -
SPRINGFIELD - ILLINOIS 1960 - 1Vol. 170 P.
- MICHAUX.L, GALLOT.H, SIRILLI.M, MARIBAS.F, L'AURA OBSESSIONNELLE DES ACCÈS
MANIAQUES ET DÉPRESSIFS.
AMP - TII, n° 5, 634-636, 1948
- MONTASSUT.M. - LES FORMES MINEURES DE LA MÉLANCOLIE PÉRIODIQUE
ARCH. INT. NEUROL. n° 3, 113-120, 1936
- NAUDASCHER.J - LES PSYCHOSES DÉLIRANTES D'INVOLUTION: ESSAI CLINIQUE ET NOSO-
GRAPHIQUE - THÈSE, PARIS 1939, 99P.
- ORME.JE - INITIAL PSYCHIATRIC ILLNESS IN INVOLUTIONAL WOMEN : PSYCHOLOGICAL
ASPECTS
J. MENT. SCI. 104, n° 430, 227-239, 1959
- PACAUD.S - VIEILLISSEMENT DES APTITUDES
DANS BINET ET BOURLIÈRE : PRÉCIS DE GÉRONTOLOGIE - MASSON, PARIS 1955
P.40-65
- PALMER.HD AND SHERMAN.SH - THE INVOLUTIONAL MELANCHOLIA PROCESS
ARCH. NEUROL. PSYCHIAT. (CHICAGO) 40, n° 2, 762-788, 1938
- PAPPALARDO.P - LA MELANCHOLIA INVOLUTIVA
ACTA. NEUROL. 1954, P.345-357
- PICHOT.P - LA MESURE DE LA DÉTÉRIORATION MENTALE - THÈSE, PARIS 1948 - 133P.
- PICHOT.P - LES NÉVROSES
HORIZONS MÉDICAUX 1960 - 1961, n° 75 à 77 - 79 à 81)
- RITTI - LES PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE
CONGRÈS DES MÉDECINS ANAÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE BORDEAUX 1895
P.3-48
- ROTH.M AND KAY.DWK - AFFECTIVE DISORDER ARISING IN THE SENIUM
J. MENT. SCI. 102, n° 426, 141 - 150, 1956
- RUNGE - DIE GEISTESSTÖRUNGEN DIE UMBILDUNGSALTERS UND DER INVOLUTIONSZEIT
TRAITÉ DE BUMKE - VIII, n° 4, 1930, P.542-596
- SHENKIN.HA, VOVACK.P, GOLUBOFF.B ET SOFFE.AM - THE EFFECTS OF AGING, ARTÉRIO-
SCLÉROSIS AND HYPERTENSION UPON CEREBRAL CIRCULATION.
J. CLIN. INVEST. 32, P.459, 1953
- SCHNITZENBERGER.H - DIE ERBLAGE IN DER NÄCHSTEN VERWANDTSCHAFT VON 30 FÄLLEN
KLIMAKTERISCHER BZW. INVOLUTIVER MELANCHOLIE.
ZTSCHR.F.D.GES.NEUROL.U.PSYCHIAT. 159 - 11, 1939
(CITÉ PAR STENDSTEDT 1959, P.7)

- SMITH.S - ORGANIC SYNDROMS PRESENTING AS INVOLUTIONAL MELANCHOLIA
BRIT.MED.J. 32, n° 4.882, 274,277, 1954
- STENSDEDT.A - A STUDY IN MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS, CLINICAL, SOCIAL AND
GENETIC INVESTIGATIONS
ACTA PSYCHIAT. ET NEUROL.SCAND. SUPPL. 79, 1952, 111 p.
- STENDEDT.A - INVOLUTIONAL MELANCHOLIA : AN ETIOLOGIC, CLINICAL, AND SOCIAL
STUDY OF ENDOGENOUS DEPRESSION IN LATER LIFE, WITH SPECIAL REFERENCE
TO GENETIC FACTORS.
ACTA PSYCHIAT. ET NEUROL. SCAND. SUPPL. 127, 1959, p.9-71
- TAIT/AC, HARPER.J AND MAC CLATCHEY.WT - INITIAL PSYCHIATRIC ILLNESS IN INVOLUTIONAL
WOMEN : CLINICAL ASPECTS.
J.MENT.SCI. 103, n° 430, 132, 145, 1957
- TITLEY.WB - PREPSYCHOTIC PERSONALITY OF PATIENTS WITH INVOLUTIONAL MELANCHOLIA.
ARCH. NEUROL. PSYCHIAT. 36, T.11, n° 1, 19-33, 1936
- TOULOUSE.E - ETUDE CLINIQUE SUR LA MÉLANCOLIE SÉNILE CHEZ LA FEMME -
THÈSE, PARIS 1891, 48 p.
- WELFORD.AT - PSYCHOMOTOR PERFORMANCE
IN JE.BIRREN HANDBOOK OF AGING AND THE INDIVIDUAL, CHICAGO 1959
p. 562-613
- WERNER.A, HODTOR.EF, AND AULT.C - INVOLUTIONAL MÉLANCOLIA : A REVIEW WITH
ADDITIONAL CASES
ARCH. NEUROL. PSYCHIAT.(CHICAGO) 45, n° 6, 944-952, 1941.
- ZIEGLER.LH, HEERSEMA.P - A FOLLOW UP STUDY OF 111 NON HOSPITALISED DEPRESSED
PATIENTS AFTER 40 ANS.
AMER. J. PSYCHIAT. 99, n° 6, 813-817, 1943
- ZIEGLER.LH, HEERSEMA.P - A CONJECTURED CORRELATION BETWEEN DEPRESSIONS OF
THE MANIACO DEPRESSIVE AND INVOLUTIONAL MELANCHOLIC TYPES
AMER. J. PSYCHIAT. 102, n° 2, 164,167, 1945

